**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Aisllan Diego de Assis

# Louca América: a luta por uma América Latina sem manicômios

Rio de Janeiro
2019

Aisllan Diego de Assis

# Louca América: a luta por uma América Latina sem Manicômios

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Coorientador: Prof. Dr. Martinho Braga e Silva

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

A848 Assis, Aisllan Diego de
Louca América: a luta por uma América Latina sem manicômios / Aisllan Diego de Assis – 2019.
210 f.

Orientador: Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Coorientador: Martinho Braga e Silva

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde mental – Tendências – Teses. 2. Políticas públicas de saúde – Teses. 3. Hospitais psiquiátricos – Tendências – Teses. 4. Reforma dos serviços de saúde – Tendências – Teses. 5. Ativismo político – Teses. 6. Psiquiatria – Tendências – Teses. 7. América Latina – Teses. I. Rodrigues, Paulo Henrique de Almeida. II. Silva, Martinho Braga e. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 616.89(8)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Aisllan Diego de Assis

**Louca América: a luta por uma América Latina sem Manicômios**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 28 de junho de 2019.

Coorientador: Prof. Dr. Martinho Braga e Silva

Banca Examinadora:

_____

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues (Orientador)

Intituto de Medicina Social - UERJ

_____

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Fundação Oswaldo Cruz

_____

Prof. Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos

Universidade Federal do Rio de Janeiro

_____

Prof. Dr. Rossano Cabral Lima

Intituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos

Intituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2019

## DEDICATÓRIA

Para Isabel, minha luz; e Ulisses, minha estrela.

## AGRADECIMENTOS

Aos deuses e deusas a quem recorro nos momentos de pouca fé;

A Isabel Prado, minha esposa, amiga e companheira, por ter me apoiado com seu amor e por ser a mulher da minha vida;

Ao Ulisses, meu filho, pelo amor que me alimenta todos os dias;

À minha mãe Roseli, pelo amor e cuidado;

Ao meu irmão Saullo, pela alegria, apoio e amor em todos esses anos;

À minha irmã Alline e minha sobrinha Juliana, pelo carinho e amor;

A Norma Vilardo, minha mãe carioca, pelo acolhimento, apoio e amor desde o primeiro encontro;

A Paulo Henrique Rodrigues, pela amizade, orientação e apoio incondicionais;

A Martinho Silva, pelo companheirismo, orientação e amizade;

A Paulo Amarante, pela enorme solidariedade, amizade e ensinamentos;

A Eduardo Mourão Vasconcelos, pelo afeto, ensinamentos e orientações;

A Rossano Cabral Lima e Ruben Mattos, por terem ingressado comigo nessa caminhada do conhecimento;

A Marco José Duarte e André Luis Mendonça pela amizade e companheirismo em todos os momentos;

A Cynthia Andrade, pelo trabalho, cuidado e valorização de meu texto e pela amizade de primeira hora;

Ao Instituto de Medicina Social e à Universidade do Estado do Rio de Janeiro, especialmente seus servidores docentes e técnico-administrativos, trabalhadores e estudantes que me proporcionaram, com sua luta e ensinamentos, toda a minha pós-graduação;

À Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, especialmente seus estudantes e trabalhadores, pelo acolhimento e apoio no tempo em que estivemos ligados;

À Universidade Federal de Ouro Preto, principalmente à Escola de Medicina, seus professores e estudantes, que me acolheram e me possibilitam todos os dias o desenvolvimento humano da docência. Imenso agradecimento pelo auxílio qualificação e o horário especial de trabalho concedido pela Universidade, por meio do apoio e da aprovação dos professores, técnicos e estudantes do Departamento de Medicina de Família, Saúde Mental e Saúde Coletiva (DEMCS);

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), pela bolsa de estudos concedida durante os dois primeiros anos do curso de doutorado;

A todos os meus amigos e amigas que me apoiaram, incentivaram e reconheceram meu trabalho em diferentes momentos e lugares de minha história;

Aos loucos e loucas de toda a América Latina, por serem minha inspiração política e intelectual na luta por uma sociedade sem manicômios.

Mil nações
Moldaram minha cara.
Minha voz
Uso pra dizer o que se cala.
O meu país
É meu lugar de fala!
*Elza Sores*

# RESUMO

ASSIS, Aisllan Diego de. **Louca América**: a luta por uma América Latina sem manicômios. 210 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

A tese versa sobre a constituição e trajetória do movimento antimanicomial na América Latina. Ao longo do século XX, esse movimento social se constituiu como sujeito coletivo que encampa a denúncia da violência e repressão que o manicômio representa. Estabeleceu formas de luta pela defesa, valorização e garantia dos direitos humanos e, de maneira mais ampla, a luta pela democracia. O movimento antimanicomial latino-americano representa também a loucura em sua forma criativa e política, pois integra o conjunto de movimentos sociais que se articulam em torno da construção de espaços de liberdade, cidadania e cuidado às pessoas em sofrimento mental. O objetivo da pesquisa que originou esta tese era analisar a relação entre as reformas psiquiátricas, políticas de saúde mental e os movimentos sociais no âmbito dos países da América Latina. A pesquisa, de cunho exploratório e ativista, foi realizada através de participação e observação nos protestos, marchas, reuniões e encontros, assim como em eventos nacionais e internacionais onde estiveram reunidos líderes e representantes do movimento político. Também foram realizadas entrevistas, além de conversas, com participantes do movimento no Brasil, Argentina, Uruguai e México. Foi realizada pesquisa no acervo histórico "Memórias da Reforma Psiquiátrica", assim como a leitura e análise de bibliografia e documentos que contribuíram para organização e reconstrução da trajetória do movimento antimanicomial latino-maericano. Como resultados, apresenta-se essa trajetória mostrando que os participantes e representantes desse movimento social conseguiram se organizar e se integrar por meio de eventos e encontros marcados pela diversidade e multiplicidade de manifestações em dois momentos históricos: pela Rede Latino-Americana de Alternativas à Psiquiatria na década de 1980; e pelos congressos internacionais de saúde mental e direitos humanos, realizados pela Universidade Popular das *Madres de la Plaza de Mayo*, de 2002 a 2013. Desde 2017, uma nova integração do movimento antimanicomial latino-americano vem sendo construída por meio da Rede Latino-Americana e Caribe de Direitos Humanos e Saúde Mental. Como crítica desse processo, discute-se a importância da multiplicidade e ancestralidade do movimento antimanicomial retomando seu caráter revolucionário, na medida em que integra à luta de classes. Apontam-se suas ambiguidades na forma da acomodação em torno dos processos de reforma que se faz por meio de uma visão reducionista e voluntarista da luta política. Finalmente, discutem-se seus limites mostrando como a reestruturação do Estado e das políticas públicas tem provido um deslocamento da acumulação do capital do manicômio para as drogas psiquiátricas, moldando um intenso processo de medicalização social que exige do movimento antimanicomial reflexão e estratégias de luta política. Para além desse primeiro e maior limite, o risco da fragmentação é apontado como um segundo limite a superar. A luta política em torno da loucura e seu destino social é uma dos embates sociais que se travam na América Latina constantemente e que se integra à luta internacional que se dirige à transformação e à superação do sistema capitalista. Analisar e participar do movimento antimanicomial é uma maneira de se integrar a luta por uma América Latina sem manicômios.


Palavras-chave: Luta antimanicomial. Saúde mental. Movimentos sociais. América Latina.

## ABSTRACT

ASSIS, Aisllan Diego de. **Mad America**: the struggle for a Latin America without asylums. 210 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

The thesis deals with the constitution and trajectory of the anti-asylum movement in Latin America. Throughout the twentieth century, this social movement was constituted as a collective subject that provides the denunciation of the violence and repression that the asylum represents. It established forms of struggle for the defense, valorization and guarantee of human rights and, more broadly, the struggle for democracy. The Latin American anti-asylum movement also represents madness in its creative and political form, because it integrates the set of social movements that are articulated around the construction of spaces of freedom, citizenship and care for people in mental suffering. The objective of the research that originated this thesis was to analyze the relationship between psychiatric reforms, mental health policies and social movements within the countries of Latin America. The research, exploratory and activist, was carried out through participation and observation in protests, marches, meetings and meetings, as well as in national and international events where leaders and representatives of the political movement were gathered. Interviews and conversations were also held with participants from the movement in Brazil, Argentina, Uruguay and Mexico. A research was carried out in the historical collection "Memories of the Psychiatric Reform", as well as the reading and analysis of bibliography and documents that contributed to the organization and reconstruction of the trajectory of the Latin-American movement. As a result, this trajectory shows how the participants and representatives of this social movement managed to organize and integrate themselves through events and meetings marked by the diversity and multiplicity of manifestations in two historical moments: by the Latin American Network of Alternatives to Psychiatry in the 1980s; and the international congresses of mental health and human rights held by the Popular University of the Mothers of the Plaza de Mayo from 2002 to 2013. Since 2017, a new integration of the Latin American anti-manicomial movement has been built through the Latin American Network and the Caribbean on Human Rights and Mental Health. As a critique of this process, the importance of the multiplicity and ancestry of the anti-asylum movement is discussed, resuming its revolutionary character, insofar as it is part of the class struggle. They point out their ambiguities in the form of accommodation around the reform processes that is done through a reductionist and voluntarist vision of the political struggle. Finally, its limits are discussed, showing how the restructuring of the State and public policies has provided a shift from the accumulation of the capital of the asylum to psychiatric drugs, shaping an intense process of social medicalization that demands of the antimanicomial movement reflection and strategies of political struggle . Beyond this first and largest limit, the risk of fragmentation is set as a second limit to be overcome. The political struggle over madness and its social destiny is one of the social struggles that are constantly being tackled in Latin America, and which is part of the international struggle for transformation and overcoming of the capitalist system, its crises and contradictions. Analyzing, integrating and participating in the anti-asylum movement is a way to integrate into this struggle for a Latin America without asylums.


Keywords: Antimanicomial struggles. Mental health. Social movements. Latin America.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 - World Map de Juan Downey ..... 23

FIgura 02 - Map of America de Juan Downey ..... 50

Figura 03 - Representação do processo social da loucura ..... 57

Figura 04 - Cartaz do III Encontro da Rede Latino-Americana de Alternativas à Psiquiatria ..... 115

Figura 05 - Cartaz do 1º Encontro Latino-americano de Direitos Humanos e Saúde Mental, 2017 ..... 126

Figura 06 - Fotografia oficial do 1º Encontro Latinoamericano de Direitos Humanos e Saúde Mental. Florianópolis/SC, Brasil, 2017 ..... 131

Figura 07 - Representação onda rosa e onda conservadora na América Latina. ..... 132

Figura 08 - Cartaz do 2º Encontro Latino-americano de Direitos Humanos e Saúde Mental. Montevidéu, Uruguai, 2018. ..... 137

Figura 09 - Fotogafias da VI Marcha pela Desmanicomialização e Vida Digna. Montevidéu, Uruguai, 2018 ..... 138

Figura 10 - Fotografias da Assembleia da Rede Latino-americana e Caribe de Direitos Huanos e Saúde Mental, Montevidéu, Uruguai, 2018 ..... 138

Figura 11 - Cartaz do 3º Encontro Latino-americano de Direitos Humanos e Saúde Mental 143

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---|---|
| ABRASME | Associação Brasileira de Saúde Mental |
| CDI | Centro de Docência e Investigação |
| CESAC | Centro de Estudos de Antropologia Clínica |
| CIDOC | *Centro Intercultural de Documentación de Cuernavaca* |
| CIT | Comissão Intergestora Tripartite |
| CTSM | Coordenadoria de Trabalhadores de Saúde Mental |
| DEMCS | Departamento de Medicina de Família, Saúde Mental e Saúde Coletiva |
| EPFSO | Escola de Psicologia Freudiana e Socioanálise |
| FA | Frente Ampla |
| FAPERJ | Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro |
| FMLN | Frente Farabundo Martí para a Libertação Nacional |
| FSLN | Frente Sandinista de Libertação Nacional |
| IBRAPSI | Instituto Brasileiro de Psicanálise, Grupos e Instituições |
| IPA | Associação Psicanalítica Internacional (*International Psychoanalytical Association*, na sigla em inglês) |
| MAS | Movimento ao Socialismo |
| MNLA | Movimento Nacional da Luta Antimanicomial |
| MTSM | Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental |
| MVR | Movimento V República |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPS | Organização Pan-americana de Saúde |
| PAÍS | Pátria Altiva e Soberana (na sigla em Espanhol) |
| PCB | Partido Comunista Brasileiro |
| PDI | Psiquiatria Democrática Italiana |
| PSCh | Partido Socialista do Chile |
| PT | Partido dos Trabalhadores |
| PUC-MG | Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais |
| PUC-RJ | Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro |
| SBPC | Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência |
| SPK | *Sozialistische Patientenkollektiv* |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UDELAR | *Universidad de la Nacion* |

| | |
|---|---|
| UERJ | Universidade do Estado do Rio de Janeiro |
| UFMG | Universidade Federal de Minas Gerais |
| UNASUL | União das Nações Sul-americanas |

**SUMÁRIO**

**INTRODUÇÃO** ..... 16

1 **HISTÓRIAS: REPENSANDO A AMÉRICA LATINA** ..... 23

1.1 **Veias abertas e corpos cerrados: loucura e resistência na conquista e colonização da América Latina** ..... 29

1.2 **A luta das mulheres como antecessora da luta antimanicomial** ..... 34

1.3 **Povos da América Latina, uni-vos! Luta de classes e luta antimanicomial** ..... 40

2 **MOVIMENTOS: A TRAJETÓRIA DO MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL LATINO-AMERICANO** ..... 50

2.1 **Loucos e loucas mexicanos: revolução dentro e fora do manicômio** ..... 58

2.2 **Nise da Silveira: o afeto catalizador na construção de espaços de liberdade** ..... 63

2.3 **O subsolo político e o fermento comunista na psicanálise argentina** ..... 72

2.4 **Gregório Baremblitt e a explosão antimanicomial** ..... 81

2.5 **Da *résaeu* à rede, passando por *La Borda* : Franco Basaglia nas Américas** ..... 87

2.6 **Paulo Amarante e os "Loucos pela vida": movimento antimanicomial e reforma psiquiátrica no Brasil** ..... 91

2.7 **Lutando contra a onda: neoliberalismo e saúde mental na América Latina** ..... 97

3 **PROCESSOS: INTEGRAÇÃO E DESINTEGRAÇÃO DO MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL LATINO-AMERICANO** ..... 105

3.1 **A Rede Latino-americana de Alternativas à Psiquiatria** ..... 107

3.2 ***Las locas madres:* os congressos internacionais de saúde mental e direitos humanos** ..... 116

3.3 ***Latino America sin manicomios*: a construção da Rede Latino-americana e Caribe de Direitos Humanos e Saúde Mental** ..... 124

4 **REVOLUÇÃO, REFORMA, REESTRUTURAÇÃO: MULTIPLICIDADE, AMBIGUIDADES E LIMITES DA LUTA ANTIMANICOMIAL** ..... 144

5 **PESQUISA OU REVOLUÇÃO? COMO SE FORMA UM DOUTOR LATINO-AMERICANO** ..... 155

**CONSIDERAÇÕES FINAIS** ..... 161

**REFERÊNCIAS** ..... 164

**APÊNDICE A -** Quadro 01: síntese dos congressos internacionais de saúde mental e direitos humanos ..... 177

**APÊNDICE B -** Transcrição da entrevista realizada com Paulo Duarte de Carvalho Amarante em 24/10/2018, Rio de Janeiro/RJ – Brasil. ..... 182

**APÊNDICE C -** Transcrição da entrevista realizada com Pedro Gabriel Godinho Delgado em 22/10/2018, Rio de Janeiro/RJ – Brasil. ..... 196

## INTRODUÇÃO

Em 2004, eu cursava o primeiro ano do curso de graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Mato Grosso[1] quando comecei a participar de um grupo de estudos sobre saúde mental, conduzido pela Prof.ª Alice Guimarães Bottaro de Oliveira[2]. Eu havia assistido a uma apresentação da tese de doutorado da professora (OLIVEIRA; NESSI, 2005), intrigando-me os resultados de sua pesquisa que mostravam as horríveis condições de trabalho e saúde a que estavam sendo submetidos os chamados "doentes mentais" e as pessoas que trabalhavam em hospitais psiquiátricos. Após a apresentação, procurei a citada docente e demonstrei o meu interesse em conhecer mais profundamente os estudos e as pesquisas que ela realizava. O convite para participação no grupo de estudos foi acompanhado de um sorriso discreto, mas acolhedor.

As primeiras leituras que debati no grupo davam conta de um processo no qual loucos e trabalhadores da área de saúde mental lutavam contra o manicômio, que, nos nossos dias, era representado principalmente pelo hospital psiquiátrico (AMARANTE, 1996; 2003). No grupo também conheci outras pessoas, principalmente profissionais de saúde, mas também advogados, artistas e educadores que, além de estudar e debater o tratamento e a instituição destinados aos "doentes mentais", também realizavam ações de protesto, reivindicações e intervenções públicas em defesa do que eles chamavam de "uma sociedade sem manicômios".

No mesmo ano, em um seminário organizado pela Prof.ª Alice Oliveira e seu grupo de estudos, conheci Paulo Amarante, que proferiu uma conferência sobre o surgimento da psiquiatria e do manicômio e sobre o processo de reforma psiquiátrica no Brasil e no mundo. Eloquente, carismático, de vasto e profundo conhecimento sobre os assuntos que abordava, apresentava-se como militante de um movimento social que ele chamava de "Loucos pela Vida", cujo objetivo era a desinstitucionalização da loucura e o fim dos manicômios. Eu

---

[1] A Faculdade de Enfermagem da UFMT está localizada no *campus* universitário de Cuiabá/MT, cidade considerada o coração da América do Sul, onde está localizado o monumento ao Centro Geodésico da América do Sul.

[2]Alice Guimarães Bottaro de Oliveira, enfermeira, psicóloga e doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Aposentou-se como professora da Faculdade de Enfermagem da UFMT. Durante trinta anos ensinou saúde mental e atenção psicossocial em cursos de graduação e de pós-graduação. Foi fundadora do Núcleo de Estudos em Saúde Mental da UFMT, do Fórum de Saúde Mental de Cuiabá e Mato Grosso e da Associação Brasileira de Saúde Mental. Professora, militante e crítica do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, tem uma extensa obra sobre a Reforma Psiquiátrica no Estado de Mato Grosso e do papel da Enfermagem nos processos de mudanças e transformações das práticas em saúde mental. Por, e com ela, em grupos de estudo ou projetos de pesquisa, eu e outros tantos estudantes e profissionais conhecemos e ingressamos nos movimentos da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

fiquei emocionado com as palavras e as imagens que Paulo Amarante apresentava. Cada história, do horror dos manicômios ou das alegrias da “liberdade como cuidado”, ficou fixada em minha memória. Ao final da conferência, apresentei-me ao palestrante e adquiri dele dois de seus livros (AMARANTE, 1995; 1996), que passariam a ser, inclusive para essa tese, duas importantes obras para meus estudos e trabalho. Na mensagem do autógrafo que pedi a Paulo Amarante nos livros, ele me chamou de “amigo de primeira hora da estrada e utopias”.

Em 2008, eu, Alice Oliveira e Paulo Amarante encontramo-nos novamente. Dessa vez na cidade de Florianópolis, por ocasião do I Congresso Brasileiro de Saúde Mental e da criação da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) (OLIVEIRA, 2009). Juntos a mais de duas mil pessoas celebramos a criação da ABRASME com conferências, apresentações artísticas e protestos. Eu havia me tornado um militante do movimento social da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Luta Antimanicomial, que, então, tinha se constituído em uma organização política e acadêmica e se lançava mais organizado na “luta” por uma sociedade sem manicômios. Pelas mãos de Alice Oliveira, fui apresentado a outros militantes, intelectuais, “loucos”, estudantes e professores que compunham o movimento em diversas partes do Brasil. E, por meio de Paulo Amarante, fui apresentado a estrangeiros, argentinos, italianos, espanhóis, que, como profissionais, professores ou somente militantes, atuavam em movimentos sociais da reforma psiquiátrica em seus países. As memórias desses dias são até hoje uma grande inspiração profissional e intelectual.

Depois de quatro dias do congresso, segui de Florianópolis a Buenos Aires para participar do VIII Encontro Internacional de Direitos Humanos e Saúde Mental, organizado pela Universidade Popular das *Madres de la Plaza de Mayo*. Lá reencontrei Paulo Amarante e outros militantes de diversas nacionalidades, principalmente dos países da América Latina, que discutiam e protestavam pela “desmanicomização” da sociedade e pela garantia dos direitos humanos dos loucos. Até então eu só participava e conhecia os grupos e movimentos brasileiros da reforma psiquiátrica. Nesses dias na Argentina, conheci e convivi com pessoas de diversos lugares do mundo, principalmente da América Latina, que, como eu, lutavam por direitos humanos e saúde mental. A marcha que aconteceu no último dia do encontro contou com a participação de mais de cinco mil pessoas que gritavam pelas ruas de Buenos Aires o lema do evento “*Corazones compartidos y mentes insurgientes*”. Naquele momento, não claramente, mas, de forma definitiva e emocionante, nascia a intenção e a convicção de realizar a pesquisa que resultou nesta tese.

O que quero colocar inicialmente com essa história é o duplo caráter que reveste essa tese. O primeiro diz respeito ao estudo exploratório que realizo, desde 2008, sobre o movimento antimanicomial, os processos de reforma psiquiátrica e as políticas de saúde mental em países da América Latina. O segundo é seu caráter militante, ou seja, esse trabalho se realizou com e a partir de minha adesão ao movimento da luta antimanicomial e é, por isso, resultado de um esforço político de questionamento e enfrentamento do manicômio enquanto aparato ideológico e institucional de exclusão e opressão.

Tal como Radha D'Souza (2010), realizei uma pesquisa ativista e por isso, cumpre ressaltar que se trata de uma tentativa de transformação mediante a pesquisa. Enquanto no modelo tradicional de pesquisa a identificação e diferenciação entre sujeito e objeto ainda é, em grande parte, defendida, o ativismo, pelo contrário, "[…] implica que se transcenda a divisão entre sujeito e objeto, transpondo as fronteiras que separam o eu enquanto conhecedor e o conhecimento do mundo. É um modo de estar em que o conhecedor se identifica com o conhecimento de uma maneira tão completa" (D'SOUZA, 2010, p. 168).

A transformação social que a pesquisa pode gerar depende de sua natureza e tipo, mas depende igualmente das relações e das experiências sociais do pesquisador enquanto sujeito humano e da medida em que ele se identifica com o conhecimento. Dessa forma, é necessário que se diga que esta tese é resultado de uma pesquisa organizada e realizada no âmbito institucional, mas é também resultado de um engajamento político nas lutas sociais de defesa dos direitos humanos e direito à saúde mental.

Esse posicionamento e consciência foram decisivos para escolha dos procedimentos de coleta de dados e modos de realizar a pesquisa, assim como delimitar seus objetivos. Saliento duas das proposições do modo de realizar essa pesquisa: a) a rejeição à ideia de que o comprometimento político do(a) pesquisador(a) coloca sob suspeita o rigor acadêmico do trabalho; b) acreditar que esse "comprometimento" potencializa um consistente conhecimento do problema, podendo contribuir no aprofundamento da sua compreensão teórica. Afinal, a intenção de desenvolver essa pesquisa não se limita ao campo acadêmico, mas associa a ele uma possibilidade de interferência e contribuição para o empoderamento do movimento antimanicomial na América Latina.

O objetivo geral da pesquisa era analisar a relação entre os processos de reforma psiquiátrica e os movimentos sociais no âmbito dos países da América Latina. Para isso foi necessário um percurso longo, iniciado antes do curso de doutorado, de aquisição de material bibliográfico que pudesse apoiar, especialmente a reconstrução histórica dos processos e

movimentos sociais em torno da loucura. Outra estratégia fundamental foi participar dos protestos, marchas e reuniões dos movimentos da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica. Conversar com os autores e atores dos movimentos foi essencial para compreender as diferentes formas de se forjar um movimento político.

A partir do ingresso no curso de doutorado e formalização através do projeto de pesquisa foi possível delimitar melhor os procedimentos de coleta de dados, que juntados a todo material que vinha acumulando, me ajudaram a construir esta tese. Assim, realizei quinze entrevisas entre usuários de serviços de saúde mental, profissionais e intelectuais envolvidos e participantes do movimento antimanicomial e de reforma psiquiátrica no Brasil, Argentina, Uruguai e México. Além dessas entrevistas, realizei inúmeras conversas com pessoas de diversas nacionalidades em seis eventos nacionais e internacionais que participei ao longo dos quatro anos do curso de doutorado. Dessas entrevistas e conversar busquei informações que me ajudassem a reconstruir a trajetória do movimento antimanicomial latino-americano, assim como levantar suas origens, ideias e direções. Devido à importância histórica de duas entrevistas realizadas, coloquei no apêndice da tese a transcrição completa delas.

Outra atividade essencial foi a pesquisa que realizei no acervo histórico do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), coordenado por Paulo Amarante. Os documentos históricos, assim como o vasto material iconográfico que tive acesso foram muito importantes para reconstruir e analisar como os eventos, encontros e uma enorme produção bibliográfica possibilitaram a constituição do movimento antimanicomial na América Latina. É necessário então registrar meu agradecimento pela solidariedade e apoio que recebi do coordenador e equipe do acervo.

Além desses procedimentos, uma grande parte da pesquisa se realizou pela leitura e releitura de livros, revistas e textos produzidos por pesquisadores de vários países da América Latina. Ou seja, a pesquisa se realizou também por um aprendizado conceitual que me levou a construir nexos temáticos, que mesmo não pertencendo a correntes teóricas especificas, foram sendo aglutinadas e incorporadas numa espécie de arcabouço teórico que possibilitou a construção de narrativas políticas do movimento antimanicomial. Entre esses textos estão as cartas de eventos, os discursos históricos dos líderes, livros e coletâneas que reúnem o cerne do pensamento e luta antimanicomial na América Latina.

Com esse trabalho, que combinou investigação e participação, foi possível reconstruir a trajetória do movimento antimanicomial latino-americano a partir de seus representantes históricos até sua organização na forma de um movimento social que alcançou uma maior integração e institucionalização no Brasil, Argentina e Uruguai. Ou seja, apesar de se nomear e se dirigir latino-americano, o movimento é baseado na América do Sul e só mais recentemente, na forma da Rede Latino-americana e Caribe de Direitos Humanos e Saúde Mental tem integrado participantes de praticamente toda América Latina.

É imprescindível deixar claro que para análise de todo esse material, entrevistas, assim como das observações e participações no movimento realizei um deslocamento intelectual importante. Graças a uma aproximação e aprendizado com as ciências sociais, mais especificamente ao marxismo, através principalmente da análise sócio-histórica proposta por Eduardo Mourão Vasconcelos (2017, 2010, 2008) foi possível repensar a forma com que compreendia a luta política, e também, analisar o material da pesquisa através das questões críticas, políticas e sociológicas do pensamento de Karl Marx para o campo da subjetividade humana. Esse deslocamento e caminho foram possíveis também graças aos ensinamentos e discussões com meu orientador Prof. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues. A esses três mestres meu reconhecimento e agradecimento.

A tese está organizada em cinco capítulos. No primeiro capítulo, busco fazer o resgate histórico das lutas ancestrais e antecessoras da luta antimanicomial na América Latina. A luta dos indígenas, negros e mulheres, assim como a luta de classes são apresentadas de forma a mostrar como a luta antimanicomial latino-americana nasce e se integra às grandes lutas sociais. Esse capítulo intitulado Histórias, nasceu da necessidade de repensar a América Latina de modo a propor uma reinvenção de sua história a partir das provocações e questionamentos de Walter Mignolo (2007) e Darcy Ribeiro (2010).

Em seguida, no capítulo dois, intitulado Movimentos, percorro todo o território da América Latina em um longo período histórico, que vai do início do século XX aos anos de 1990, para resgatar a trajetória do Movimento Antimanicomial Latino-Americano. Para cada período histórico, elegi representantes históricos do movimento, para mostrar como suas ideias e lutas contribuíram para a formação de um grande movimento social. Busquei destacar como o contexto político – econômico foi determinante para o levante dessas pessoas, assim como para seus encontros e reunião.

No terceiro capítulo, apresento a partir dos conceitos de integração e desintegração, como o movimento antimanicomial latino-americano conseguiu se organizar e se integrar em

momentos históricos cuja conjuntura política e econômica culminava ou com a abertura democrática ou, ainda mais recentemente, com o fenômeno geopolítico que propriciou a chegada de governos de esquerda nos países da América Latina. Esses processos são analisados à luz do contexto histórico e político tentando evidenciar seus determinantes geopolíticos.

Para finalizar, apresento nos dois últimos capítulos duas análises que produzi durante a pesquisa. A primeira sobre três palavras que apareceram recorrentemente durante o estudo e que para mim representaram multiplicidade, ambiguidades e limites da luta antimanicomial na América Latina. Assim, revolução, reforma e reestruturação são tomadas como analisadores do Movimento Antimanicomial Latino-Americano. Em seguida, analiso meu próprio processo de formação durante a pesquisa e escrita da tese, quando apresento a tríade formativa que me inspirou e possibilitou uma reinvenção identitária que passa pela formação intelectual e pela militância no campo da saúde mental.

Para demarcar a separação entre as partes da tese utilizei três imagens de Juan Downey, artista chileno, pioneiro nos campos da vídeoarte e arte interativa. Tendo realizado diversas viagens pela América Latina registrou em vídeo diversas culturas. Durante o tempo em que viveu com o povo ianomâmi, na Amazônia, produziu as obras que utilizei na tese. Faço assim uma homenagem e em agradecimento por ter me inspirado durante toda a criação e escrita desse manuscrito.

A América Latina como território geopolítico não se define somente por sua posição geográfica, sua história de exploração ou por seu acoplamento ao sistema político financeiro mundial. Sua história e território são produtos das lutas que se travam continuadamente em torno da sobrevivência e da liberdade. É, por assim dizer, uma história em constante transformação e um território em constante disputa.

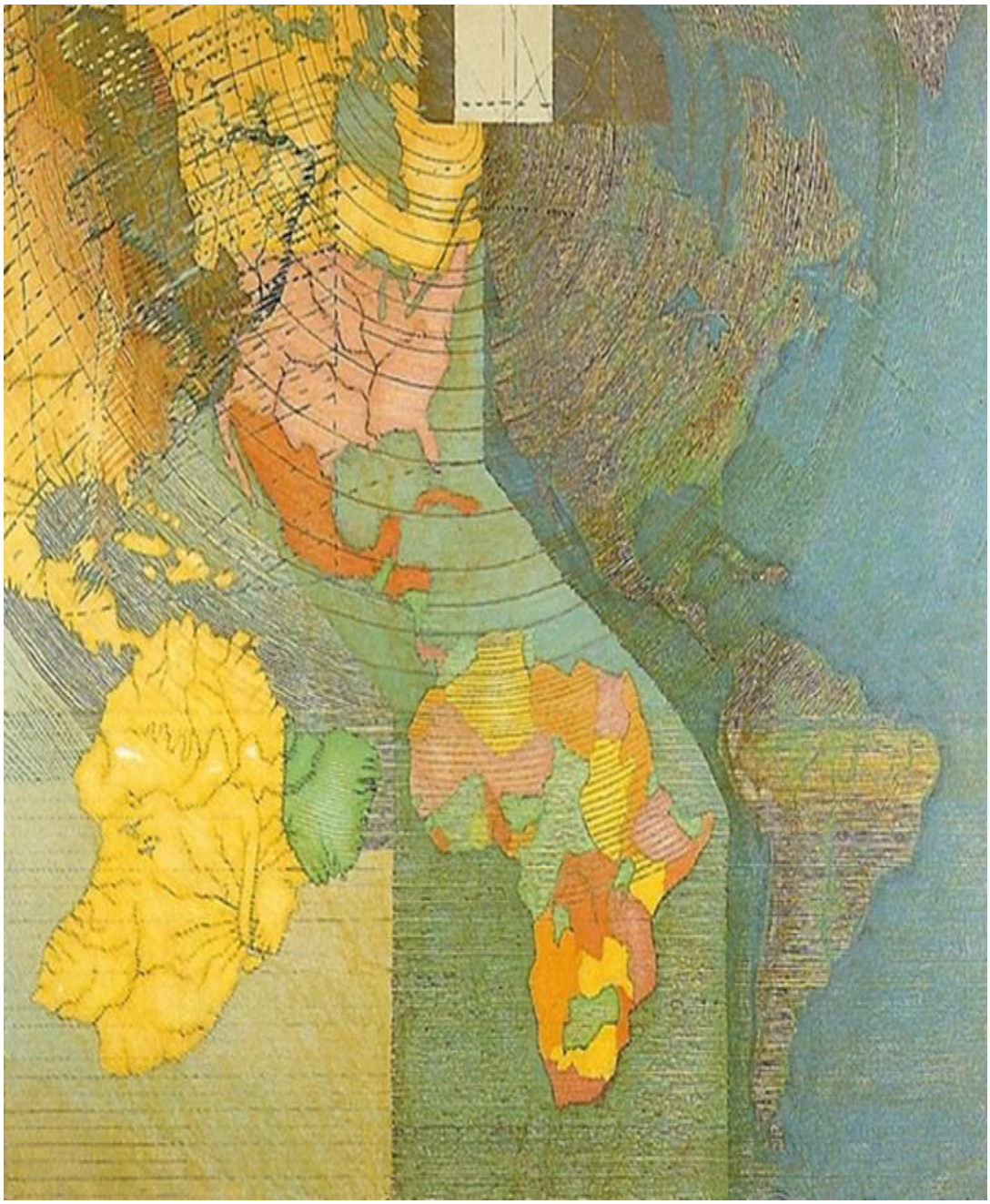
A luta política em torno da loucura e seu destino social é uma daquelas que se travam aqui constantemente e que se integra à luta internacional que se dirige à libertação do sistema e da ideologia que consume todos em suas crises e contradições. Analisar, integrar e participar dessa luta foi a maneira que tomei para junto lutar contras as formas alienantes do conhecimento e, por isso também, lutar pelo reconhecimento da loucura em seu aspecto político e da proteção, valorização e promoção das pessoas que fazem dela seu lugar de fala.

A luta antimanicomial modificou a história e o destino de milhares dessas pessoas, quando possibilitou a construção de espaços sociais para a loucura, a construção de

conhecimentos que, em vez de aprisioná-las, passou a valorizá-las em sua diversidade e diferença. Modificou também minha história, na medida em que me integrou como trabalhador, estudante e pesquisador. Nessa luta, foi possível reinventar minha identidade e por isso também minha identificação com esse território do qual sou nascido. É assim que, ao reinventar a América Latina na Louca América, integrei-me para sempre à luta por uma América Latina sem manicômios.

# 1 HISTÓRIAS: REPENSANDO A AMÉRICA LATINA

Figura 01 - World Map de Juan Downey



Fonte: Instituto Guggenheim. Coleção *On Line.*

Existe uma América Latina? Essa pergunta foi eternizada pelo antropólogo brasileiro, Darcy Ribeiro, em um ensaio realizado no México em 1976. Para o ilustre professor, não há dúvida que sim! Para Ribeiro (2010), a América Latina existe a partir de uma utopia, com gênese na sua unidade continental. Não obstante, essa unidade geográfica, não se reflete em uma unidade dos povos latino-americanos, mesmo considerando certo grau de conformidade,

linguística e cultural. A explicação para essa desintegração das sociedades tem como uma de suas causas centrais, o processo de ocupação ibérica. Visto que, “a esta base física, porém, não corresponde uma estrutura sociopolítica unificada e nem mesmo uma coexistência ativa e interatuante” (RIBEIRO, 2010, p. 23).

As discussões que permeiam o que é a América Latina são muitas, mas isso não significa que são conclusivas, a busca por definição parte de limites geográficos à origem da palavra, passando pelos usos e desusos do termo (CASTRO, 2015, p. 1-12). A América Latina em seu paradoxo de uma (in)existência não pode ser definida de um único modo, nem explicada por aspectos isolados, das teorias às literaturas. A busca por definição e identificação desta certa América Latina deve obrigatoriamente partir das questões gerais para as individuais, dos usos e dos desusos do termo. Não é possível assim, chegar ao uma idéia fechada do que seria essa América Latina.

Foi com esse entendimento que busquei reconstruir a história da América Latina a partir da luta em torno dos significados e das políticas para a loucura. O termo luta assume um significado distinto no contexto dos conflitos sociais (COMERFORD, 1999). Luta é uma palavra central para analisar narrativas históricas dos enfrentamentos concretos e prolongados que dirigem a transformação social (LOSURDO, 2015, p. 11-17). Dessa forma, existe uma luta em torno da loucura desde sua nomeação na forma da doença mental e o desenvolvimento do aparato para a sua contenção e exclusão, o manicômio, até o surgimento e a expansão de sua forma política e constestatória, por meio do movimento antimanicomial.

Repensar a América Latina na forma da Louca América foi a maneira de analisar e intensificar essa luta, que, desde as nascentes lutas sociais, busca denunciar a insitutição psiquiátrica em suas variantes formas históricas, como um dos componentes do grande sistema de controle que se desenvolveram em torno da loucura como doença, de sua ideologia opressora, racista e machista e, mais especificamente, de seu acoplamento ao sistema capitalista.

Essa forma de repensar a América Latina me ocorreu após a leitura do livro de Walter Mignolo (2007) que analisa a história dos silêncios produzidos no processo de invenção da América Latina. Para o autor: “a ideia de América e América Latina se constituiu por meio da classificação racial do mundo, em que o critério eram os ideais ocidentais cristãos” (MIGNOLO, 2007, p. 43). Assim, o descobrimento da América decorre da ideia de quem chegou com autoridade para se apropriar e dominar. Já a invenção da América refere-se à formulação do processo de colonização (e colonialidade), desde o ponto de vista dos que aqui

viviam. É por isso, que Mignolo propõem uma reinvenção da América Latina questionando e subvertendo a presença da racionalidade e do poder colonial nas diferentes práticas de saber, de poder e de ser, a partir da resistência dos povos colonizados na América.

Refletindo em torno dessa questão, me propus a contribuir para a ousada tarefa de reinvenção histórica da América Latina com bases em outra lógica, em outra linguagem e em outro marco de pensamento: a luta antimanicomial. Desde assim, nomei a pesquisa e tese como Louca América, na tentativa de criar uma narrativa diferente da América Latina, colocando em cena a luta política em torno da loucura e do destino dado às pessoas nomeadas loucos e loucas.

Para isso foi necessário resgatar como a luta dos povos colonizados e escravizados é ancestral com relação à luta política em torno da loucura, mostrando como sua resistência e sobrevivência estiveram ligadas primeiramente a um grande sofrimento, mas também de que forma foram traduzidas em loucura suas fugas, revoltas e ataques. A luta pela liberdade, pela sobrevivência e contra a invasão colonizadora foi traduzida na forma da loucura e, por isso, pode ser ressiginificada quando a relemos na forma da resistência (MOREIRA; PASSOS, 2018, p. 178-192)

Na busca por essa ancestralidade da loucura em sua forma política, a luta das mulheres se revela como antecessora da luta antimanicomial, seja por desvelar os modos de submissão e opressão ao qual as mulheres são historicamente submetidas, mas também, e mais especialmente, por revelar como uma das formas dessa opressão foi erguida pela psiquiatrização do feminino e das mulheres. O manicômio, por assim dizer, foi e é historicamente um dos dispositivos do enorme aparato mortificante de mulheres. Em oposição a esse e a todo regime machista e misógio, a luta das mulheres representa uma nascente constante de denúncia e enfrentamento das formas de submissão e opressão (PASSOS; PEREIRA, 2017, p. 25-51).

E se a América Latina se constituiu em uma enorme fronteira do desenvovimento capitalista e, mais recentemente, uma zona de fratura (FIORI, 2014, p. 253-273), onde a disputa de mercados e empresas se concentra de maneira inédita. Nesse mesmo patamar, a luta política internacional de superação do sistema capitalista e sua ideologia, na forma das lutas de classes, integra a luta “por uma sociedade sem manicômios”, à medida em que se dirige para a libertação da exploração dos seres humanos, das nações e da família. Nesse processo, libertar-se é também libertar a loucura de sua forma alienada e mercantilizada, podendo revelar aquele que, ao sofrer ou viver, pode expressar sua diferença. A luta por

reconhecimento integra a luta de classes e a luta antimanicomial (VASCONCELOS, 2010, p. 33-66).

A América Latina, enquanto território geopolítico, representa uma fronteira de intensa disputa para a expansão do capitalismo (FIORI, 2014, p. 214-216). Sua invasão, colonização e mais recentes recolonizações passou seus territórios ancestrais e naturais a um enorme território em chamas (SILVEIRA, 2005). Seus povos originários e aqueles que para cá foram trazidos, sob o peso da escravidão, da ganância ou da exploração, foram as testemunhas desse processo de desterro e de transformação.

As sociedades que aqui se desenvolveram são continuadamente submetidas a ciclos de exploração que desabam em enormes crises, cujos resultados são uma constante tensão em torno da sobrevivência, dos ajustes macroeconômicos e das políticas estatais de controle e submissão de enormes contigentes de pessoas ao sistema mundial de finanças e mercado (RIBEIRO, 2010, p. 92-94). Essa tensão estruturante se manisfesta de diferentes formas, mas sempre acompanhada de violência e mortes (GALEANO, 2015).

A formação dos Estados nacionais, a constituição das sociedades e, por usa vez, o desenvolvimento das políticas públicas são marcados por essa tensão e também resultam em violência. Desde o período das independências dos países latino-americanos há uma constante influência externa nas políticas sociais e econômicas dessas nações, de modo, a contorná-las sempre no registro de dominação das grandes potências mundiais, ora europeias e por último estadunidense (BÉRTOLA; OCAMPO, 2015, p. 319-326). Assim, desenvolveu-se um cenário ao mesmo tempo de dependência e subdesenvolvimento, ligado a ciclos produtivos que subsistem mediante exploração dos recursos naturais e do trabalho dos povos (FURTADO, 1996, p. 67-78). Nesse cenário, sustentam-se e se alternam governos corruptos e autoritários, assim como sociedades arrasadas e submetidas.

Nesse cenário também constituíram-se historicamente instituições e políticas, que, acopladas a regimes de controle e produção, tiveram função ambígua entre o cuidar, o controlar e o curar (HOCHMAN, 2004, p. 11-28). É o caso das políticas públicas de saúde mental, que, em todo território latino-americano, estiveram particularmentente ligadas a estruturas econômicas e políticas. Dessa forma, a história da saúde pública na América Latina só pode ser compreendida como parte da dinâmica do capitalismo e também explicada tanto pelos interesses imperiais como pelos interesses das elites nacionais subordinadas, vis-à-vis os interesses mais amplos dos pobres, dos excluídos e das classes subalternas (HOCHMAN, 2004, p. 19). Por isso, saúde e doença mental na América Latina compõem uma dúplice que

remete ao processo de produção e acumulação, mas também às condições de vida e de sobrevivência dos povos que aqui sobrevivem (ORTIZ-HERNÁNDEZ; LOPÉZ-MORENO; BORGES, 2007).

Se tomadas dessa forma, a saúde mental na América Latina só pode ser compreendida a partir de um registro político, social e cultural, pelo qual é possível e necessário resgatar o imbricamento existente entre sistema produtivo, políticas de governo e controle e as lutas sociais travadas historicamente pelos povos nesse enorme território. As interações entre indivíduos, grupos, instituições e governo sobre os sentidos e as políticas de saúde e doença questionam as fronteiras, adquirem múltiplas direções e são resultados distintos, não antecipados, divergentes, mutáveis e culturalmente contigentes em cada período histórico e nacional. Por assim dizer, saúde mental está para a América Latina como seu próprio processo de formação, inacabado e em constante transformação.

As lutas sociais que se desenvolveram na América Latina são resultado de uma oposição constante de pessoas e grupos ao processo de avanço e integração capitalista desde a sua invasão e colonização até o processo de globalização dos mercados e finanças (CARDOSO, 1987). A constituição de grupos, coletivos, redes e instituições, na forma de movimentos sociais, possibilitou a organização da luta política de forma que seus representantes, líderes e participantes produziram maneiras variadas de participação e redefinição das políticas sociais (GOIRAND, 2009). Em contextos de autoritarismo político, os movimentos sociais denunciam e lutam pelos direitos humanos e pela democracia. Em períodos de reconstrução democrática, ampliam a política lutando pela garantia da cidadania e dos direitos sociais. Assim, os movimentos sociais representam a forma mais diversa e constante na luta política pela liberdade, direitos humanos e cidadania (JASPER, 2016, p. 218-224).

O Movimento Antimanicomial Latino-americano é forjado com essas características e se constituiu como sujeito coletivo e público pela denúncia da violência e da repressão que o manicômio representa, pela defesa, valorização e garantia dos direitos humanos de homens e mulheres aprisionados ou trabalhadores desses espaços de exclusão. Assim, de forma mais ampla e definitiva, trava sempre embates pela democracia como forma política para governos e sociedade, uma luta pelos direitos de cidadania.

Sua constituição na América Latina se dá representada por loucos e loucas que denunciaram desde seu lugar de fala e as verdadeiras formas da violência que a ideologia psiquiátrica buscava esconder; por trabalhadores, intelectuais, professores e artistas que se

levantaram contra as condições de miséria e morte a que são submetidos homens e mulheres reduzidos à expressão doentia da loucura dentro dos manicômios.

Como sujeito coletivo de denúncia e destruição dos manicômios, o Movimento Antimanicomial Latino-Americano representa também a loucura em sua forma criativa e política, pois integra o conjunto de movimentos sociais que se articulam em torno da construção de espaços de liberdade, cidadania e cuidado, alterando o destino de milhares de pessoas que, devido ao sofrimento mental, teriam como destino os manicômios ou as clínicas psiquiátricas.

Assim, as reformas psiquiátricas são processos sociais que o movimento antimanicomial integra participando da construção de novos espaços sociais para a loucura e cuidado com o sofrimento mental, possibilitanto a constituição de novos sujeitos sociais, transformando as políticas de saúde mental na direção de redes de serviços que substituem o manicômio e possibilitam o cuidado comunitário e com liberdade (AMARANTE; NUNES, 2018). Na América Latina, a reforma psiquiátrica brasileira, assim como outros processos de modificação das políticas de saúde mental nos países, são processos nos quais o movimento antimanicomial intensifica sua participação na política púbica, mas também se dirige a toda a sociedade, modificando a cultura e as relações sociais com a loucura (DESVIAT, 1999, p. 135-152).

Desde 2008, o mundo e a América Latina enfrentam os perigos e os problemas de mais uma grande crise do sistema capitalista (SINGER, 2009). Na forma de uma grande onda de desvalorização financeira, a crise dos mercados globais forçou os Estados a assumir grande parte dos prejuízos advindos da desregulamentação financeira, o que significou uma onda de ajustes que recaiu sobre os fundos públicos que sustentam as políticas sociais e do trabalho. Essa onda chegou à América Latina em formas variadas e com forte impacto.

No plano econômico, uma imensa pressão pelo uso dos fundos públicos, privatizações e desregulamentação financeira; no plano político, uma retomada dos princípios neoliberais levou à eleição de governos de direita que têm provocado um forte desmantelamento das políticas e instituições sociais. Essa combinação foi suficiente para a reconstituição de grupos e movimentos com claros princípios e diretrizes fascistas, traduzidos em um avanço de um discurso político de perseguição e descriminação contra mulheres, pobres, homossexuais, entre tantas diferenças (SANTOS, 2013).

Nesse contexto, entendo que se faz ainda mais urgente repensar a América Latina como território geopolítico, de modo a valorizar as lutas de resistência que aqui se travam. Retomar, continuada e forçosamente, o processo de passar do descobrimento à invenção como forma de transformar a história.

## 1.1 **Veias abertas e corpos cerrados: loucura e resistência na conquista e colonização da América Latina**

Quando consideramos fontes históricas que aportam um panorama geral da luta antimanicomial na América Latina, percebemos que essas histórias são datadas e contadas a partir da década de 1960. Anteriormente a essa data temos sempre histórias de saberes, práticas e instituições ligadas à doença mental ou à psiquiatria como predominantes (MENDEZ, 1999). À loucura[3], no sentido social, está reservada uma enormidade de textos históricos que contam mais sobre suas representações religiosas ou míticas do que sua apresentação política, ou seja, sua participação nas histórias latino-americanas.

Mas é necessário resgatar fatores e fatos que estiveram e ainda estão hoje na base da história da luta antimanicomial na América Latina. Inclusive práticas, pessoas e instituições que pertencem aos períodos da conquista e da colonização para mostrar como a loucura esteve ligada, nesse período histórico, à resistência dos indígenas com referência à invasão dos europeus, e à luta dos negros contra a escravidão. Ao fazê-lo, serão recontadas narrativas históricas para destacar como o que foi muitas vezes tido como loucura ou insanidade, na verdade, foram expressões de luta e de resistência.

É preciso fazer uma descrição histórica da colonização e suas repercussões na formação das sociedades latino-americanas que procure destacar, sobretudo, a estratificação social e econômica, procurando lançar luz sobre o processo de desenvolvimento de algumas ideias fundamentais na evolução da psiquiatria no século XVIII, como a crença na superioridade da raça branca e na inferioridade ou, pelo menos, a negação da condição humana de índios e negros (MARIÁTEGUI, 1990).

---

[3]Nesta tese procuro me aproximar ao máximo dos sentidos políticos da loucura. Sem negar suas variantes históricas na forma da alienação e doença mental, busco mostrar como a participação de loucos e loucas nas histórias da América Latina coincide com o desenvolvimento de políticas de controle e exclusão, mas, também, com a constituição de grupos e movimentos de contestação e luta política que deslocam a loucura de sua definição médica para a forma social da diferença. Ou seja, resgatar a participação política das pessoas que questionaram os estatutos e locais historicamente construídos para loucura é uma forma de resgatar seu sentido político.

Reler as histórias da conquista e da colonização das Américas ajuda a revelar como muitos saberes e práticas psiquiátricas estavam, e por que não dizer, estão baseados em preconceitos, violências e perseguição aos nativos indígenas e aos negros importados da África para o trabalho escravo. Faço um resgate da história da luta antimanicomial na América Latina a partir da luta e da resistência tanto dos povos indígenas latino-americanos, quanto dos negros escravizados, a fim de mostrar que esses sujeitos históricos foram e permanecem alvos e instrumentos da conquista e colonização da América.

Apesar dos relatos simplificadores dos primeiros colonizadores, as comunidades indígenas eram complexas, muito numerosas e muitas vezes com alto grau de organização política. Depois dos primeiros contatos "pacíficos", algumas comunidades reagiram com desconfiança ou hostilidade à chegada de forasteiros. Os nativos, que inicialmente tinham se mostrado dóceis, podiam tornar-se hostis quando sabiam mais a respeito dos objetivos predatórios e gananciosos dos invasores. Logo iniciaram sua resistência.

Os indígenas, humanos e rebeldes, reagiram dignamente, lutando com todos os seus recursos, empregando os meios de ataque e defesa que conheciam. Se houvesse igualdade de condições, em termos de armamento e experiência guerreira, os estrangeiros não teriam a mesma sorte. A fuga, a guerrilha na mata e os ataques surpresas eram formas de resistência à violência da invasão:

> [...], pois os índios reagiam com violência ao cativeiro e os que eram dominados empregavam todos os recursos de protesto. Foram eles os primeiros grevistas desta terra. Foram, também, os inventores da 'operação tartaruga' para diminuir o rendimento do trabalho. Cruzando os braços ou atrasando o serviço, os índios foram considerados, na Europa, mercadorias sem valor (LUNA, 1965, p 36.).

Mesmo que a historiografia faça certo silêncio sobre a resistência nativa durante a conquista e a colonização, os indígenas latino-americanos lutaram, como ainda lutam, bravamente contra a opressão da escravidão e a dissolução de suas sociedades. A submissão dos índios ao cativeiro custou, também, muita vida europeia. Não era sem reação que os índios se entregavam. Resistir era o modo de viver nesses tempos de terror e destruição. (LUNA, 1965, p. 62-67).

Mas não foi somente pela brutalidade da violência e do extermínio que os indígenas foram escravizados. A combinação entre o apogeu do "movimento humanista" da Renascença com o poder imperial da Igreja Católica seria a maior arma de guerra contra os povos originários em toda América. Os colonizadores ainda acusaram os nativos de paganismo. A colonização significou, assim, a cristianização dos povos originários e a tentativa de

apagamento de sua religiosidade e espiritualidade. Dentre essas instituições a mais importante para compreender a luta de resistência dos indígenas e, posteriormente, de libertação dos negros escravizados, foi a Igreja Católica, cujo objetivo era, na Europa, por um lado, controlar a população e, por outro, converter e dominar os índios ao cristianismo: "A epopeia de espanhóis e portugueses na América combinou a propagação da fé cristã com a usurpação e o saque das riquezas indígenas. O poder europeu se irradiava para abraçar o mundo" (GALEANO, 2015, p. 32-33). A Igreja teria importância na concepção e na construção dos primeiros espaços e locais para o tratamento daqueles que seriam chamados loucos, insanos, doentes.

Cristina Laroobla Mendez (1999, p. 11-16) faz um levantamento minucioso dos primeiros hospitais construídos na América Latina. Essas instituições são, por assim dizer, contemporâneas na Europa e na América, visto que, já em 1521, foi construído o primeiro hospital no México invadido pelos espanhóis. Até o final do século XVIII, seriam construídos, diretamente pela Igreja, ou sob sua influência, hospitais, santas casas, asilos, retiros e casas de misericórdias, por toda América Latina. Ou seja, para além de toda a tecnologia de dominação e colonização desenvolvida pelos evangelizadores e conquistadores no âmbito da linguagem, pilhagem, extermínio e escravização dos nativos latino-americanos, os hospitais foram instituições muito importantes para a conquista e a colonização da América Latina.

É importante, assim, entender o papel dos hospitais na conquista e na colonização da América Latina. Não só para traçar paralelos históricos sobre as diferenças e as continuidades no transplante dessas instituições da Europa para as terras conquistadas, mas principalmente para que se possa ter consciências desses espaços como locais de exclusão: "Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão" (FOUCAULT, 2010, p. 100). Mais do que lugar de transição entre a vida e a morte e de salvação espiritual o hospital tem a função de "separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população" (FOUCAULT, 2010, p. 101).

Temos assim um momento histórico, quando uma mesma instituição de exclusão é construída para isolar pessoas na Europa e na América Latina. Na primeira, desde o século XV ao século XVIII: "o hospital é um lugar de internamento onde justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, é ainda uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aprece" (FOUCAULT,

2010, p. 102). Na América Latina, o hospital surge nos primeiros anos da colonização, em diferentes partes do continente, com os mesmos objetivos de controlar e isolar pessoas com doenças de caráter epidêmicas trazidas pelos colonizadores (especialmente, as venéreas), leprosos, índios, negros escravizados, "as loucas e loucos que vagavam pelas ruas" (MENDEZ, 1999, p. 12-16).

Ainda há uma convergência histórica importante de ser analisada. Na Espanha e na Inglaterra, ainda no século XV, já existia um pequeno número de pequenas casas e hospitais especializados na contenção e recebimento de loucos (PORTER, 1990, p. 22). A Espanha chegou a ser considerada como "o berço da assistência psiquiátrica" (MENDEZ, 1999, p. 13), devido ao surgimento, em 1409, de instituições dedicadas aos loucos: "os hospitais de Saragosa e de Sevilla foram os de maior destaque para a história da psiquiatria europeia e a latino-americana" (MENDEZ, 1999, p. 13). O primeiro chegou a ser visitado por Phellipe Pinel no final do século XVIII, e o segundo serviu de modelo para instituições construídas pelo mais importante conquistador do atual México, Hernán Cortés.

O que se tem então é que o hospital passava a se especializar no recebimento e na contenção de loucos no mesmo momento em que se conquistava e se colonizava a América, de modo que as primeiras cópias dessas instituições na América Latina terão suas funções e espaços especializados aos loucos. Ou seja, o surgimento do hospital na América Latina coincide funções de conquista e colonização, mas também de exclusão e "tratamento" de doentes, especialmente loucos:

> *Ante estas concepciones erróneas, que no hemos hecho más que ejemplificar, resulta importante mostrar que durante la Colonia y desde el momento mismo del descubrimiento de América, los locos en España eran considerados enfermos, y que existían instituciones especializadas para su reclusión y cuidado, cuyo régimen interno estaba regido por disposiciones médicas. Estos conceptos e instituciones fueron traídos por los españoles al Nuevo Mundo, donde alcanzaron un gran florecimiento.* (VIQUEIRA, 1970, p. 345).

Mas quem eram os loucos e loucas que foram recolhidos aos primeiros hospitais na América Latina durante a sua conquista e colonização? Os fragmentos históricos são insuficientes para uma afirmação conclusiva e maciça. No entanto, sabemos que mulheres, índios, negros escravizados e os próprios colonizadores enlouquecidos foram os primeiros internados nos hospitais construídos imediatamente à conquista da América (VIQUEIRA, 1970, p. 359-380).

Assim, a resistência dos povos nativos latino-americanos aos conquistadores e colonizadores precisa ser compreendida não só de lutas contra o extermínio e a escravidão,

mas também como antecedentes da luta antimanicomial na América Latina. Tais lutas se passavam tanto nas frentes de contato e guerrilha nas matas e terras invadidas, quanto logo depois, nos hospitais, pelos inúmeros nativos tomados como loucos e loucas.

Não foram somente os indígenas que enfrentaram a conquista e a colonização da América com suas veias abertas e seus corpos cerrados. A colonização da América Latina avançará sobre outros corpos. Negros e negras africanos arrancados e exportados para o trabalho escravo nas novas terras conquistadas também tiveram suas vidas massacradas, mas não sem resistir e lutar a ponto de colocar todo o sistema colonial do nascente capitalismo paralisado. Tais quais os nativos indígenas, os negros africanos travaram sua luta de resistência e sobrevivência de modo que alguns tomaram por loucura sua luta pela liberdade (NASCIMENTO, 2014, p. 146).

Se a conquista da América é o cenário da luta dos indígenas contra a invasão e exploração dos europeus, a colonização será também o cenário da luta dos negros contra a escravidão e pela liberdade. E será no Brasil que esse cenário tornou-se mais complexo na medida em que foi o destino da maioria dos africanos trazidos para América Latina. Ou seja, mesmo sendo o lugar conquistado que mais aperfeiçoou o regime escravista na América Latina, foi aqui também que se originou o quilombo como local e símbolo da luta pela liberdade dos negros escravizados.

Mesmo assim, humilhados e submetidos, agredidos e reduzidos a uma simples peça na complexa engrenagem colonial, muitos negros e negras escravizados lutaram contra sua condição, em momentos de silêncio ou altissonante heroísmo. A sedição negra que forçou e contribuiu para o fim do escravismo foi resultado do inconformismo dos oprimidos materializado em gestos como fugas, suicídios, assassinatos, assaltos, rebeliões e revoltas (PINSKY, 1987, p. 51-61*)*. Tudo isso demonstra o peso que os negros tiveram em sua própria libertação, pois, sem dúvida, a abolição não será nunca reduzida a um ato de brancos.

É por meio dessa constante e permanente luta e resistência contra a escravidão que negros e negras africanos escravizados construíram um espaço de liberdade no meio da colônia de massacres e exploração. As fugas foram modos de resistir e buscar a liberdade, mas foi também o modo de construir o maior e mais duradouro espaço de liberdade no regime colonial escravista europeu no Brasil, o quilombo:

> Um quilombo era um foco de negros livres numa sociedade que se baseava em relações sociais de caráter escravistas. Era, pois, um mau exemplo para outros escravos e uma esperança concreta para os fugidos. É importante perceber que a fuga não era, em si, a libertação do negro, uma vez que, via de regra, ele não tinha

> para onde ir. O quilombo tornava-se uma alternativa viável para ele, uma forma de conseguir não apenas uma intervenção passageira do brutal cotidiano, mas uma liberdade real. O objetivo do escravizado em sua fuga era liberdade definitiva. E é claro que o escravo não fugia apenas porque e quando era submetido a maus – tratos. Rebelava-se contra sua condição de escravo (PINSKY, 1987, p. 56)

O nome do maior quilombo das Américas está estampado em ruas, praças, bandeiras e movimentos sociais e instituições de ensino. As histórias do Quilombo dos Palmares revelam como a liberdade não é um dado bruto da natureza, mas um processo. A liberdade é construída em lutas e resistência. E essa luta torna-se internacional, pois está conectada com todo o complexo sistema socioeconômico colonial, logo os negros e as negras de Palmares não estavam sós; pelo contrário, abrigavam também índios e até brancos e representavam o grito de todos os negros e negras por liberdade nas Américas, protesto e revolta pelos horrores da escravidão e pela teimosia da exclusão em todo o mundo (NASCIMENTO, 2014, p. 133-156): "Isso não teria sido uma prática restrita a Pernambuco, mas sim disseminada por todos o mundo caribenho, pela América espanhola e pelas regiões da América do Norte e todas outras tocas pela diáspora africana" (NASCIMENTO, 2014 p. 31).

Nas "histórias das histórias" do Quilombo dos Palmares, ficam claros os paralelos entre as lutas dos oprimidos do século XVI ao XXI. Assim, a resistência palmerina ao poder colonial tem o mesmo sentido da resistência dos indígenas latino- americanos ante a invasão e a conquista de suas terras pelos europeus e, mais além, da resistência operária à elite burguesa (NASCIMENTO, 2014, p. 141–144):

E, se no futuro, os movimentos da luta antimanicomial na América Latina e na Europa vão brigar por novos espaços sociais para a loucura a partir da "liberdade como melhor cuidado" ou da "liberdade terapêutica" (AMARANTE, 2003a, p. 67; AMARANTE, 2003b, p. 75), é importante que se diga, e especialmente que se considere, a luta e a resistência dos negros e negras contra a escravidão como sua antecessora. Afinal, é a liberdade como processo, como forma de relação com o outro, que está em construção nas histórias dessas duas lutas.

## 1.2 **A luta das mulheres como antecessora da luta antimanicomial**

Carmen Viqueira (1970) mostra que, no primeiro hospital inaugurado no México, em 1521, havia uma equipe relativamente grande, onze pessoas aproximadamente, além dos três capelães que se encarregavam dos trabalhos religiosos. Dessa equipe de "técnicos" constava apenas uma enfermeira, os demais eram homens. Mas, o que mais nos interessa nessa

composição inaugural do manicômio na América Latina será outra. Duas informações são reveladoras de um passado que se atualiza todos os dias:

> *Además de este personal tenía el hospital una cocinera, tres indios y ocho esclavos, a cuyo cargo estaba la alimentación y limpieza. de los doentes", e mais a frente, no mesmo levantamento: "este hospital llegó a tener una capacidad para cuatrocientos enfermos anuales disponiendo de setenta a ochenta camas"* (VINQUEIRA, 1970, p. 363).

É notório que a limpeza e os cuidados aos doentes estavam a cargo de mulheres, índios e escravos, um número grande por sinal, pois, como revela a pesquisadora, a quantidade de pessoas fechadas no hospital também era grande, muito maior do que a quantidade de acomodações disponíveis. Desde suas origens mais remotas na América Latina, o manicômio já se baseava no trabalho de mulheres, além de índios e escravos. A superlotação é, desde o início, um fato marcante. Mas as mulheres não ocuparam ou ocupam somente os postos de trabalho voltados para limpeza e alimentação dos doentes nos nascentes hospitais.

Outros hospitais foram levantados em sequência, por exemplo, em 1567, foi construído um para "*viejos, locos y convalecientes pobres*" (VIQUEIRA, 1970, p. 364). Mas foi só um século depois da construção do primeiro hospital que se ergueu um espaço dedicado exclusivamente para as mulheres, dessa vez como internas, doentes:

> *En 1680 tuvo lugar, también en la ciudad de México, la fundación de otro hospital para enfermos mentales, este dedicado exclusivamente a las mujeres. José Sayago, artesano carpintero, acogió en su casa a una prima de su mujer que se había vuelto loca. A través de este incidente familiar parece haberse despertado en él una preocupación por otras mujeres en las mismas condiciones, comenzando a recogerlas en su casa […]. Los jesuitas patrocinaron la obra de este ciudadano […]. Se recibió en este edificio hasta setenta y seis enfermas, que eran atendidas por enfermeiras y al parecer bajo la dirección del propio José Sayago y su mujer* (VIQUEIRA, 1970, p. 367).

Nesse hospital quase todas as pessoas que o habitavam eram mulheres: a esposa do proprietário, a prima, outras 76 mulheres "loucas que vagavam pelas ruas", recolhidas pelo benevolente criador do hospital, as enfermeiras que atendiam as "doentes". Após a morte do proprietário, o hospital foi entregue à Congregação Mariana, ordem jesuíta exclusivamente feminina (VIQUEIRA, 1970, p. 368).

Mas a posição dessas mulheres nesses primeiros hospitais (cuidadora, cozinheira, limpadora ou interna) não revela exatamente a posição ou a condição de outras mulheres nas histórias da América Latina. Algumas nem eram consideradas humanas. São, nos relatos, diários e histórias de Colombo que Tzvetan Todorov (2010) revela a face mais cruel do destino de muitas mulheres na América Latina:

> Mesmo quando não se trata de escravidão, o comportamento de Colombo implica o não-reconhecimento do direito dos índios à vontade própria; implica que se considere, em suma, como objetos vivos. Assim, em seus impulsos de naturalista, sempre quer trazer à Espanha espécimes de todos os gêneros: árvores, pássaros, animais e índios; não lhe ocorre a ideia de pedir a opinião deles [...]. Numa outra ocasião ele quer mulheres (não por lubricidade, mas para ter uma mostra de cada coisa) [...]. Ser índio, e ainda por cima mulher, significa ser posto, automaticamente, no mesmo nível que o gado (TODOROV, 2010 p. 66-67).

O estupro, a violência, o papel subjugado às ações de limpeza, cozinha e depois a internação das "loucas", tudo revela o transplante simultâneo da opressão das mulheres no mundo todo às mulheres latino–americanas desde o início da conquista e colonização da América Latina. Assim, a história da relação dos europeus com as mulheres entre os séculos XVI e XVIII, por exemplo, pode ser análoga às muitas histórias das relações de gênero no mundo de hoje: exploração, violência doméstica, estupro, machismo e assassinato. O "Novo Mundo" proporciona um exemplo especialmente claro das interseções dinâmicas entre as ideias e os ideais contemporâneos, mas também do "velho mundo" colonizador sobre sexo/gênero, raça/etnicidade e classe social, que se refletem nos novos sistemas de identificação, classificação e discriminação social que se forjaram na consolidação das sociedades latino–americanas. A América torna-se exemplo também das consequências que a moralidade sexual e os estereótipos de gênero prevalentes tiveram, e continuam tendo, para todas as esferas da vida das mulheres.

Verena Stolke é incisiva ao reler a história das Américas:

> [...] O sexo da conquista. Nos primeiros anos da conquista, colonos ibéricos, oficiais da Coroa e até o clero se apropriaram de terras indígenas, submeteram a população local a trabalhos forçados nas minas e a serviços pessoais de vários tipos, empenharam-se em colonizar suas mentes e sujeitaram mulheres indígenas a todas as maneiras de abuso sexual, o que teve um enorme custo humano e social. Uma das consequências disso foram os deslocamentos em massa e o dramático declínio da população indígena, resultantes da conquista militar, da disseminação de doenças trazidas pelos colonos e da fome, o que acabou por destruir as bases da organização socioeconômica local [...] (STOLKE, 2006, p.18-19)

Enrique Dussel (1993, p.51) refere-se ao "ego fálico" da colonização como uma determinante no processo de dominação do "Outro" (seja mulher ou homem), cujo rosto foi descoberto e encoberto sob outra identidade mais "civilizada".

Para Dussel (1993, p. 52), esse processo de exploração dá-se também nos interstícios das relações de gênero, a partir de uma sexualidade puramente masculina, opressora, alienante e injusta, que estabelece uma moral dupla. Nesse processo, de um lado, há um aparente respeito à mulher europeia, enquanto por outro, transforma a mulher indígena e negra em uma "coisa". Segundo Dussel, a América Latina é filha mestiça do "machismo" europeu contra as

mulheres indígenas. Em que pesem as novas configurações do capitalismo atual, bem mais complexas, a monopolização e a concentração do capital financeiro continuam “seduzindo” e “estuprando” as economias latino-americanas com inserções profundas na estrutura nacional.

Sobre o estupro, Rita Laura Segato (2005) assim entende:

> [...] Uso e abuso do corpo do outro sem que este participe com intenção ou vontade compatíveis, o estupro dirige-se ao aniquilamento da vontade da vítima, cuja redução é justamente significada pela perda do controle sobre o comportamento de seu corpo e o agenciamento do mesmo pela vontade do agressor. A vítima é expropriada do controle sobre seu espaço-corpo [...] (SEGATO, 2005, p. 270).

Como fruto desse estupro e dessa expropriação do “espaço-corpo” latino, nasce, portanto, o indesejado “capitalismo dependente” que será o grande responsável pela manutenção de relações sociais e de gênero injustas (econômica, política etc). A preservação dessas relações reproduz a miséria social e, portanto, preconiza o desmantelamento tanto da estrutura quanto da epistemologia causadoras da obliteração da integridade física, social, política e econômica da América Latina tão sofrida, quanto as suas mulheres (negras, indígenas, pobres e imigrantes).

As mulheres indígenas na América Latina apresentam diferentes situações sociais, causadas principalmente por seus usos e costumes, assim como pela influência da sociedade externa. Contudo, elas têm uma tripla discriminação causada por sua raça/etnia: ser mulher e ser geralmente pobre. Considerando as mulheres indígenas como parte de um sistema maior, isso é a humanidade, elas passaram a sofrer também as condições sociais hegemônicas ocidentais, que, como foi indicado, têm particularidades muito próprias como coisificação da mulher, pornografia, prostituição etc (ANDREO; GUARDIA, 2002).

E são também as mulheres negras africanas, escravizadas e trazidas para toda a América, que, com seus corpos, viveram, resistiram e lutaram contra a desumanização da opressão em suas diferentes nuances. Jaime Pinsky (1989) recolheu em suas histórias da escravidão no Brasil diferentes formas da opressão vivida pelas mulheres negras durante a colonização. Um primeiro elemento muito importante é que, como escravas, as mulheres tinham um trabalho extenuante, diário e compulsivo, que tomava a sua vida inteira:

> Dentro de sua contraditória condição de humano e de ‘coisa’ – de ter vontade própria e não poder executá-la, tendo de executar, por outro lado, vontades que não eram suas, mas do senhor – o escravo tinha um cotidiano desenvolvido em função das tarefas que lhe eram atribuídas. [...] Como consequência, o elemento predominante na existência do negro era o trabalho (PINSKY, 1989, p. 34-35).

E também o estupro foi, e é inegável que continua sendo, prática e política de opressão às mulheres negras, e tais quais as índias tomadas por prostitutas por seus violadores, a herança maldita da dupla violência sexual e moral se atualiza de diferentes formas e expressões:

> Quanto ao senhor, contudo, não há dúvidas. Cumpria com sua mulher branca as obrigações de procriador e marido, mas voltava-se às escravas para o prazer sexual. [...] O mito de mulheres quentes, atribuído até hoje, às mulheres negras pela tradição oral, decorre do papel que lhes era designado pela sociedade escravista. (PINSKY, 1989, p. 41).

Todavia, não sem resistência e luta, por parte das mulheres!

Angela Davis (2016) produziu a mais definitiva obra sobre a luta e resistência das mulheres negras durante a escravidão. Mesmo se atendo ao contexto histórico da colonização estadunidense, suas análises são inspiradoras e dizem respeito a todas as mulheres negras escravizadas na América Latina e em outras partes do mundo.

A autora resgata, assim, em outras tantas histórias, que as mulheres resistiram e desafiavam a escravidão o tempo todo. Essa resistência envolvia ações mais sutis do que revoltas, fugas, sabotagens, suicídio, mas também aprender a ler e a escrever. Dessa forma Davis (2016), sem apagar o legado da escravidão para a consequente posição social das mulheres negras da colonização à atualidade, revela como:

> Foram essas mulheres que transmitiram para suas descendentes do sexo feminino, nominalmente livres, um legado de trabalho duro, perseverança e autossuficiência, um legado de tenacidade, resistência e insistência na igualdade sexual – em resumo, um legado que explicita os parâmetros para uma nova condição da mulher (DAVIS, 2016, p. 41).

As relações entre homens e mulheres e, consequentemente, a posição da mulher na família e na sociedade, historicamente, constituem parte de um sistema de dominação mais amplo, todavia, que se desenvolveu intensamente a partir da conquista e da colonização da América Latina. A explicação da situação da mulher nas sociedades latino–americanas é encontrável por meio da análise das relações entre o fator natural sexo e as determinações históricas do modo capitalista de produção (SAFFIOTI, 1978).

Em tempo, vale ressaltar o papel da família como uma forma histórica primordial da atividade social conforme pensaram Karl Marx e Friedrich Engels (2009, p.40). Assim, as relações de gênero têm o seu primeiro momento na relação familiar entre pai, mãe, filhos e filhas. Ao reproduzir-se biologicamente e organizar-se socialmente de forma a suprir as suas necessidades básicas, a família, segundo Marx e Engels (2009, p.42-43), tende a reproduzir relações de subordinação e cooperação de forma a legitimar o modelo de produção da

sociedade capitalista. É a partir dessa mediação histórica que as relações de gênero estão relacionadas às relações de contradição entre o capitalismo e os trabalhadores.

É nessa convergência histórica, material e social que a luta e a resistência das mulheres latino-americanas, representadas, atual e historicamente, pelas índias, negras e trabalhadoras, contra a violência, a escravidão, a opressão e a dominação é percursora da luta antimanicomial na América Latina. Esse fato acontece na medida em que "a sociedade, ainda essencialmente patriarcal, coloca as mulheres sob tensões especiais" (PORTER, 1990, p. 132-133), de modo que todo o feminino é historicamente foco de políticas econômicas, sexuais e psíquicas: "o problema de ser mulher num mundo masculino levou um número desproporcional de mulheres a entrar em colapso." (PORTER, 1990, p. 133).

Quando revemos a situação das mulheres centralizando sua condição histórica de opressão, mas também suas lutas e resistência, é possível enxergar que, nessas mesmas condições históricas, desenvolveram-se padrões de normalidade com nexos nas pressões sociais, sexuais e ideológicas que as fizeram passar por "mulheres loucas". É exatamente na convergência histórica que marca a conquista da América e o desenvolvimento do capitalismo que "distúrbio mental" foi 'feminilizado'" (PORTER, 1990, 134).

A esse emparelhamento, vieram somar-se as doutrinas demonistas e o quase fetiche pelo acesso ao corpo feminino, pois, se a loucura se consubstanciava em um fenômeno eminentemente feminino e diabólico, o expurgo para tal diagnóstico viria por meio do corpo da mulher. O corpo feminino foi, reiteradas vezes, considerado morada para toda a sorte de loucuras. As loucas eram espancadas; as bruxas eram queimadas, e o corpo delas era depositário para as consequências do sofrimento e para a ostentação do rigor moral, pois avigorava a ideia de que a condição feminina era, em si, maléfica (DAMETTO; ESQUINSANI, 2017).

As mostras da loucura, consideradas como "manifestações do funcionamento psicológico que aparecem tanto na pessoa que os experimenta ou aos olhos do observador, como anormais" (DAMETTO; ESQUINSANI, 2017, p. 201), foram utilizadas como argumento cabal em uma espécie de "limpeza de gênero" na Idade Média e parte da Idade Moderna. Nesses períodos, o comportamento indesejado ou excêntrico, muitas vezes fruto do sofrimento individual e das dificuldades sociais, serviu de pretexto para a afirmação de parâmetros machistas e misóginos de normalidade, considerados a partir de valores morais, políticos e econômicos vigentes.

Nos séculos seguintes, dezenas de milhares de mulheres em toda a Europa, e depois na América inteira, também chamariam atenção das autoridades por serem suspeitas de feiticeiras, histéricas, neuróticas, loucas (PORTER, 1990, p. 143-144). Assim, a problemática da dominação, oficialmente determinada e exercida como algo natural, e da submissão cotidiana, que vinculou a feminilidade a uma aceitação dócil de sua condição supostamente inferior, é determinante para a condição em que a bruxaria, ou a histeria, especialmente a loucura, fossem encobertas pelas categorias diagnósticas médicas, passando as mulheres a bodes expiatórios da psiquiatria (SZASZ, 1974). Assim:

> O tema mulheres e loucura convoca debates diversos sobre o que se constitui enquanto doença mental para psiquiatria e outras disciplinas, assim como nas políticas públicas, nas normas jurídicas, na assistência nos serviços intersetoriais e em todo cotidiano e realidade de vida das mulheres. Falamos aqui de uma ampla gama de saberes e instituições inteseccionalizadas pelas relações de gênero, raça, classe, e que ganham, ainda, contornos influenciados pelas questões étnicas, de orientação sexual, identidade sexual, religião, entre tantas outras (PEREIRA; PASSOS, 2017, p. 26).

Na conjuntura e determinações de suas histórias, a luta das mulheres é prercursora da luta antimanicomial na América Latina, porque busca superar a exploração de classe, gênero, raça, etnia e do trabalho. É, por assim dizer, a nascente de todas as lutas, "a medida da emancipação universal" (MARX; ENGELS, 2009, p.76), referência na luta pela superação do capitalismo e contra o manicômio.

## 1.3 **Povos da América Latina, uni-vos! Luta de classes e luta antimanicomial**

Em 1848 Karl Marx e Friedrich Engels (2001) publicaram o *Manifesto do Partido Comunista* e, de uma só vez, lançaram novas bases para análise e compreensão da história, por meio principalmente da análise do assombroso desenvolvimento da burguesia e do capitalismo no mundo. Essa publicação trata também de como essa mesma história é fruto de contingências materiais e sociais e, por isso, fruto de um processo de longa transformação que se desenvolve devido a uma oposição constante, a luta entre classes[4]. Não só isso, mostra que, se a história é um processo, ela pode ser modificada, transformada. E é assim que as histórias do desenvolvimento do capitalismo é um conjunto complexo de relações mutuamente dependentes entre natureza, trabalho e organização social, no qual os seres humanos estão no

[4] As classes sociais são tomadas nesta tese como componentes da estrutura social que fixam balizas à sociabilidade cotidiana, aos movimentos sociais, aos grupos de pessão e às instituições. Entendo que as disputas simbólicas, a luta em torno da posse e controle da produção material e a cultura das classes sociais são elos para se compreender como os sujeitos sociais se organizam e participam da vida política e coletiva (SALLUM JR., 2005).

centro, em constante conflito de consciência, vontade e produção (HOBSBAWM, 2013, p. 221-239):

> A história de toda sociedade até nossos dias é a historia da luta de classes.
>
> Homem livre e escravo, patrício e plebeu, senhor e servo, mestre e oficial, em suma, **opressores e oprimidos** sempre estiveram em constante oposição; empenhados numa **luta sem trégua**, ora velada, ora aberta, luta que a cada etapa conduziu a uma transformação revolucionária de toda a sociedade ou o aniquilamento das duas classes em confronto (MARX; ENGELS, 2001, p. 23-24, grifos meus).

As novas bases lançadas por Marx e Engels para análise da história são definitivamente uma saída do idealismo e das explicações circunstanciais da relação entre os povos e as nações e uma entrada, também definitiva, nos elementos materiais da vida e das relações sociais, mostrando que existe, entre as classes sociais, uma tensão, um antagonismo, um conflito que se expressam nos campos econômico, ideológico e político, desde que os interesses e desejos de uma única classe forjaram a lógica do modo de produção capitalista. Sendo assim, em todos os níveis e aspectos da história e da vida em sociedade:

> Onde quer que tenha chegado ao poder, a burguesia destruiu as relações feudais, patriarcais, idílicas. Estilhaçou, sem piedade, os variegados laços feudais que subordinavam o homem e seus superiores naturais, e não deixou subsistir entre os homens outro laço senão o interesse nu e cru, senão o frio 'dinheiro vivo'. Submergiu nas águas glaciais do cálculo egoísta os frêmitos sagrados da piedade exaltada, do entusiasmo cavalheiresco, do sentimentalismo pequeno-burguês. Reduziu a dignidade pessoal a simples valor de troca e, em lugar das inumeráveis liberdades estatuídas e arduamente conquistadas, erigiu a liberdade *única* implacável do comércio. Em resumo, substitui a exploração disfarçada sob ilusões religiosas e políticas pela exploração aberta, cínica e brutal (MARX; ENGELS, 2001, p. 27-28*).*

Essa tensão manifesta nas muitas formas do conflito entre as classes, entre quem tem poder e quem não tem, entre quem possui os meios de produção e quem vende seu trabalho para sobreviver e principalmente entre quem explora e oprime e quem luta e resiste, faz: "Tudo que era estável e sólido desmancha no ar; tudo que era sagrado é profanado, e os homens são obrigados a encarar com olhões desiludidos seu lugar no mundo e as suas relações recíprocas." (MARX; ENGELS, 2001, p. 29).

Segundo Marx (1984), propriedade privada, divisão social do trabalho e troca são características fundamentais da sociedade produtora de mercadorias no capitalismo. E à produção de mercadorias dedicam-se os produtores independentes privados que possuem a sua força de trabalho, os seus meios de produção e os produtos dele resultantes: "A célula econômica da sociedade burguesa é a forma mercadoria, que reveste o produto do trabalho, ou a forma de valor assumida pela mercadoria" (MARX, 1984. p.4).

Em um processo complexo e histórico tudo passa a ser mercadoria. A terra, o dinheiro e a força de trabalho necessários para produzir tudo na forma de mercadoria (POLANIY, 2000), de modo que sua produção, mas mais exatamente sua circulação, as trocas que se estabelecem no comércio e no mercado entre mercadorias e dinheiro, transforma-se em capital, torna-se capital. No entanto, todo esse sistema se sustenta, desenvolve e amplia na medida em que há um acréscimo de valor na forma de dinheiro, na troca de mercadorias. A *mais-valia* é "um excedente econômico ou o aumento de valor [...]" (MARX, 2010, p. 64). Como representante desse movimento lucrativo, o possuidor de dinheiro converte-se em capitalista e, assim, a forma geral do capital, tal como se manifesta nos movimentos de troca, é comprar para vender mais caro.

A origem da à *mais-valia* , a força de trabalho realizado pelas pessoas que, desprovidas dos meios de sua subsistência e de produção, são obrigadas a vender sua força de trabalho também como mercadoria, por não da qual dispor, nem de que viver fora disso. É nessa relação social, na qual algumas pessoas detêm os elementos e os meios necessários para produzir ante todas as necessidades humanas, e outro enorme grupo de pessoas que precisa vender seu trabalho, na forma de mercadoria, para conseguir o mínimo necessário para sobreviver, é que se desenvolve, prospera e se mantém o sistema capitalista:

> O preço da força de trabalho alcança seu mínimo quando se reduz ao valor dos meios de subsistência que não poderiam diminuir-se sem expor a própria vida do trabalhador, nesse caso, o trabalhador não faz mais que vegetar. Portanto, como o valor da força de trabalho está baseado nas condições de existência normal, o seu preço é, então, inferior ao seu valor (MARX, 2010, p. 68).

A expansão capitalista liquidou a pequena produção dos artesãos; os camponeses foram expulsos de suas terras; as mulheres, crianças e homens de todas as classes, despossuídas dos meios de sobrevivência, formam uma grande massa de pobres cuja única mercadoria que têm para trocar são seus músculos, seu trabalho:

> A burguesia despojou de sua aura todas as atividades até então consideradas com respeito e temor religioso. Transformou o médico, o jurista, o padre, o poeta, o homem de ciência, em assalariados por ela remunerados. A burguesia rasgou o véu de emoção e de sentimentalidade das relações familiares e as reduziu a mera relação monetária (MARX; ENGELS, 2001, p. 28).

Portanto, no sistema capitalista, a força de trabalho das pessoas é uma mercadoria. E como todas as coisas tornam-se mercadorias ao ser trocadas por produtos de igual valor. A força de trabalho torna-se também mercadoria ao ser trocada por dinheiro: "Uma relação social definida, estabelecida entre os homens, assume a forma fantasmagórica de uma relação entre coisas." (MARX, 1984, p. 81).

Marx viu na ideologia da classe dominante uma forma de esconder essa realidade marcada por uma estruturação social dicotômica entre ricos e pobres e pelo lucro excessivo dos proprietários dos modos de produção e a miséria dos operários. Enfim, ele viu que, na sociedade capitalista, as desigualdades sociais são consequências da estruturação econômica.

Para Marx e Engels, portanto, as classes emergem na base econômica, quando elas, as classes, se erguem sobre modos de produção antagônicos, organizados em torno de diferentes modalidades de exploração do trabalho. A exploração é estrutural e objetiva, assim como é objetiva a contradição antagônica que opõe os proprietários das condições de produção aos produtores diretos expropriados. A exploração não depende da consciência dos explorados.

Dessa forma, o sistema capitalista constitui-se como um sistema de organização da economia que pressupõe a existência de proprietários individuais dos meios de produção e, também, a existência de trabalhadores, da classe operária, do proletariado, ou seja, uma camada inferior empobrecida, forçada a trabalhar pela miséria, pela fome, pelas dívidas, pela sobrevivência e tantas vezes na total subserviência:

> O desenvolvimento da burguesia, isto é, do capital, corresponde, na mesma proporção, ao desenvolvimento do proletariado, da classe dos operários modernos que só sobrevivem à medida que encontram trabalho, e só encontram trabalho à medida que seu trabalho aumenta o capital. Esses operários, compelidos a venderam-se a retalho, são uma mercadoria como qualquer outro artigo do comércio e, portanto, estão igualmente sujeitos a todas as vicissitudes da concorrência, a todas as flutuações do mercado. [...] As pequenas classes médias antigas – pequenos industriais, comerciantes, os que vivem de rendas, artesãos e camponeses – precipitam se no proletariado [...]. Assim, o proletariado é recrutado em todas as classes da população (MARX; ENGELS, 2001, p. 35-37).

E é assim, em um regime no qual uma grande maioria de pessoas trabalha indefinitivamente, sob condições de opressão e exploração, para o enriquecimento de uma minoria que: “A sociedade burguesa moderna, oriunda do esfacelamento da sociedade feudal, não suprimiu a oposição de classes. Limitou-se a substituir as antigas classes por novas classes, por novas condições de opressão, por novas formas de luta.” (MARX; ENGELS, 2001, p. 24). Essas novas formas de luta são representadas pelos próprios Marx e Engels (2001), não só entre os trabalhadores e capitalistas, mas suas análises e denúncias vão além e mostram a exploração de um povo pelo outro, de uma mão pela outra:

> Se as classes e a luta de classes se constituem e se desenvolvem sobre a ‘base material’ da produção e distribuição dos recursos e meios de que garantem a vida, sobre a base das ‘relações sociais vitais’ e das ‘reais relações de vida’ fica evidente que é necessário considerar a ‘divisão de trabalho’ não só em âmbito nacional, mas também em âmbito internacional, sem nunca perder de vista o ‘mercado mundial’. A ordem existente destina uma divisão de trabalho particularmente *abjeta* aos povos privados de sua independência, sobre tudo os povos sujeitados ao domínio e saqueio colonial (LOSURDO, 2015, p.28, grifo meu).

Com efeito, o capitalismo mundial sob a forma imperialista destruiu a natividade econômica desses países e implantou um modelo de sistema produtivo sanguessuga, que permitiu a superexploração dos recursos naturais e principalmente de populações originárias das regiões exploradas. As contradições objetivas de interesses impelem a choques individuais entre os trabalhadores proletários assalariados e os empresários capitalistas. Gradativamente, esses choques se transformam em lutas coletivas locais, depois nacionais. As lutas por reivindicações econômicas se combinam com lutas por direitos políticos, pelo direito das mulheres, de todos os oprimidos.

É preciso reconhecer então que, no sistema capitalista, que se desenvolve intensamente devido e durante a expansão colonial, o explorado e o oprimido é o povo como um todo, uma nação como tal que sofre a condição de exploração por outros povos e nações. E, portanto, as nações oprimidas também formam a grande luta de classes pela emancipação.

Nesse mesmo entendimento a chave analítica das lutas de classes desenvolvida por Marx e Engels abarca a luta das mulheres, pois "a categoria usada para definir a condição do operário na fábrica capitalista vale também para definir a condição da mulher no âmbito familiar" (LOSURDO, 2015, p. 30). Assim, o sistema capitalista se apresenta como um conjunto de relações mais ou menos servis impostas por um povo sobre outro no âmbito internacional, por uma classe sobre outra no âmbito de um país singular e pelo homem sobre a mulher no âmbito de todas as classes. De forma tal que "a relação homem/mulher é uma espécie de microcosmo que reflete a ordem social global" (LOSURDO, 2015, p. 30).

A luta de classes, conforme Marx, Engels e todos outros teóricos e líderes comunistas, é uma teoria geral do conflito social, uma ruptura epistemológica radical que coloca os conflitos sociais no terreno da história que leva em conta as multiplicidades das formas nas quais esses conflitos se manifestam. Um esquema analítico da história no qual os conflitos não são protagonizados por indivíduos singulares, mas por sujeitos sociais que lutam entre si pela divisão do trabalho e das riquezas, pela ordem social como um todo.

Assim, é necessário assumir uma tripartição das lutas de classes: a luta que tem como protagonistas os povos em condições coloniais ou semicoloniais ou de origem colonial, os colonizados; a luta dos trabalhadores contra a exploração do trabalho e a privação dos meios de produção, e a lutas das mulheres contra a superexploração a que é submetida no âmbito familiar e na sociedade. Essas três lutas de emancipação põem em discussão a relação de coerção, opressão e exploração que constitui o sistema capitalista (LOSURDO, 2015, p. 63-67).

E, assim instruídas por suas experiências práticas e apoiadas em sua consciência espontânea, dilaceradas entre as regras e valores impostos pela superestrutura político-cultural e os infortúnios infligidos pela base econômica -, a classe proletária avança em sua unidade e organização, arrebatando, ainda sob o regime capitalista, melhores salários, condições de trabalho mais favoráveis e direitos políticos, como o sufrágio ou a liberdade de organização sindical e partidária.

Ou seja, conforme Losurdo (2015) nos ensina, a luta de classes é prolongada, mas não um jogo de soma zero. Esse embate tem várias formas e muda nos diferentes estágios da história do capitalismo de modo que suas ambiguidades, seus limites e principalmente sua multiplicidade e fragmentação revelam na verdade que "a luta de classes tende a transcender os interesses dos explorados e dos oprimidos que a promovem" (LOSURDO, 2015, p.91). Por isso, a luta de classes, desde o início, configura-se como uma plataforma que inclui reinvindicações econômicas, indo, todavia, muita além delas. A expressão chave da luta de classes é o reconhecimento como pessoa, a luta de quem sofre com a total reificação, a luta pelo reconhecimento; é a luta para não ser tratado como mera mercadoria:

> É por isso que o empenho concreto pela emancipação da mulher e das nações oprimidas, a disponibilidade para aguentar os mais duros sacrifícios materiais para contribuir a rebentar os grilhões impostos aos afro-americanos, a determinação a abolir junto com a escravidão propriamente dita também a 'escravidão moderna' e assalariada, a luta cotidiana contra o 'despotismo' dos patrões na fábrica e a legislação tirânica do trabalho [...] O chamado geral à luta de classes lançado por Marx e Engels cai em um momento histórico em que é muito difusa a demanda, a reivindicação por reconhecimento sustentada pelos que, de uma maneira ou de outra, percebem estar submetidos a cláusulas de exclusão, que humilham sua dignidade humana. (LOSURDO, 2015, p. 93-94).

O que temos então é que o entendimento e a releitura da história a partir do chamado de Marx e Engels (2001) e os preciosos ensinamentos de Losurdo (2015) nos levam a compreender as sociedades como organismos marcados pelo conflito, mas também por uma constante divisão na qual a marca indelével dessa separação é representada pela desigualdade estrutural entre as pessoas. Portanto, toda produção social, inclusive a ordem social que rege tal produção, a cultura e as ideologias produzidas por essas sociedades, as soluções e conquistas alcançadas nas lutas sociais entre as classes, toda a construção histórica que envolve a vida dos homens e mulheres, como a saúde, a educação e tudo mais, é também marcado pela desigualdade. De modo que a coisificação, a mercantilização e, por isso também, o fim da igualdade entre as pessoas é ao mesmo tempo produto e arquitetura das sociedades contemporâneas.

O reconhecimento das “desigualdades inscritas na ordem social se traduzem em uma incorporação individual da desigualdade sob a forma de disparidades perante a doença e a morte, ou seja, que as relações que os indivíduos têm com os seus corpos e sintomas, com os sistemas de saúde e com as possibilidades de tratamento são condicionadas pela sua posição social” (BARATA, 2009, p. 12). Assim, a classe e o pertencimento a ela são determinantes para a compreensão dos processos de saúde, doença, vida, morte na sociedade capitalista:

> Na concepção marxista, as classes sociais são definidas como grandes grupos de indivíduos que se diferenciam entre si pela posição que ocupam no sistema de produção historicamente determinado, pelas relações que se estabelecem com os meios de produção, **pelo papel** que desempenam na organização social do trabalho e pelo modo como se apropriam de parte da riqueza social. O conceito engloba as dimensões econômicas, sociais, jurídicas, políticas e ideológicas [grifos meus] (BARATA, 2009, p 25, grifo meu).

Esses desvelamentos todos possíveis a partir da leitura da história por meio das lutas de classes são radicais e preciosamente atualizados pela maestria de Vasconcelos (2010a; 2010b; 2010c), que, em um trabalho minucioso e gigantesco, demonstra os nexos históricos e teóricos entre luta de classes e luta antimanicomial: “[...] a obra de Marx também não constitui apenas mero ‘texto’ teórico, acadêmico ou ideológico e político objetivo, mas também engendra uma matriz simbólica e afetiva coletiva fundamental para os que abraçam a causa da luta contra as iniquidades em que vivemos” (VASCONCELOS, 2010a, p. 30).

Em sua obra importantíssima Vasconcelos percorre o caminho do pensamento de Karl Marx e nos ajuda a compreender as contribuições fundamentais do marxismo para abordagem das subjetividades humanas. Revendo minuciosamente as principais categorias e conceitos das obras de Marx, e em um esforço imenso de reflexão e solidariedade, o autor nos ajuda a transcender a mistificação que encobre as histórias da loucura e do capitalismo, e reconhecer que o marxismo “constitui um arcabouço necessário e insubstituível para qualquer aproximação conceitual e prática atual ao campo da saúde mental” (VASCONCELOS, 2010c, p. 55). Uma base fundamental para fazer:

> [...] contraposição e crítica ao idealismo, ao subjetivismo e psicologismo tão difundidos na maior parte das abordagens e ideias psicológicas contemporâneas, que consideram os processos humanos e subjetivos de forma descontextualizada, sem avaliar as diversas mediações e determinações históricas e materiais concretas que atravessam tanto o seu objeto, o ser humano e suas vivências subjetivas, bem como o sujeito do conhecimento, ou seja, o pesquisador ou profissional em sua inserção social e política concreta (VASCONCELOS, 2010c, p. 67).

Também de forma definitiva, Vasconcelos (2010b) percorre as histórias das ideias psicológicas, paralelamente às histórias do desenvolvimento capitalista, e mostra que a filosofia de Marx representa um protesto contra a alienação do ser humano, contra a perda de

si mesmo e contra a sua transformação em objeto. É um movimento oposto à desumanização e à automatização das pessoas, inerente à evolução do capitalismo.

Por meio do resgate de estudos marxistas sobre a história da loucura e da psiquiatria, como os de Scull (1984), há uma fundamental compreensão da origem e da dinâmica histórica, da economia política dos processos de institucionalização da loucura vis-à-vis à expansão do capitalismo. Assim, é possível entender que "foi necessário obter por mecanismos repressivos o submetimento da força de trabalho a condições de um mercado de trabalho favorável ao Capital [...]" (VASCONCELOS, 2010c, p. 59) e, por não se conseguir submeter os loucos a essa disciplina e processo, foi necessária "a construção de dispositivos institucionais diferenciados". Ou seja, é preciso compreender que o nascimento do hospital, a grande internação da loucura nele, assim como a histórica e constante medicalização da loucura na forma da doença mental pela psiquiatria, e mais exatamente, o dispositivo que se ergueu em favor de tudo isso, a instituição psiquiátrica, são produtos do desenvolvimento e da expansão da sociedade capitalista.

É então, por meio da análise, compreensão e, evidentemente da luta contra essas "instituições da Violência" que Franco Basaglia (1985) fundou o principal marco teórico e prático da luta antimanicomial, mediante a análise marxista das instituições sociais:

> [...] não deixando de lado nenhuma das instituições sobre as quais se organiza nossa sociedade. O que há de comum entre as situações reportadas acima é a violência exercida por aqueles que empunham a faca contra os que se encontram sob a lâmina. Família, escola, fábrica, universidade, hospital: instituições que repousam sobre a nítida divisão de funções, através da divisão do trabalho (servo e senhor, professor e aluno, empregador e empregado, médico e doente, organizador e organizado). Isto significa que o que caracteriza as instituições é a nítida divisão entre os que têm o poder e os que não o têm. De onde se pode ainda deduzir que as subdivisões das funções traduz **uma relação de opressão e de violência entre o poder e não-poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro**. A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade (BASAGLIA, 1985, p. 101, grifos meus)

Para Basaglia, as instituições (família, escola, prisão, manicômio) têm a finalidade de ocultar ou disfarçar a violência daqueles que detém o poder, de modo a perpetuar a violência global do sistema. Assim, o manicômio se constituiu em um processo no qual, por um lado, um tecnicismo com revestimento cientifico, a psiquiatria, cria a doença mental como uma inferioridade moral e social do diferente e, por outro, usa a violência da exclusão para criar soluções fictícias. E denuncia com a maior precisão que "doença enquanto condição comum assume significados concretamente distintos segundo o nível social do doente" e por isso "não é a ideologia médica que estabelece ou induz um ou outro tipo de abordagem, mas antes o sistema socioeconômico é que determina as modalidades adotadas a níveis diversos"

(BASAGLIA, 1985, p. 105). O manicômio então é uma instituição social erguida durante, para e constantemente no sistema capitalista, pois:

> Qualquer sociedade cujas estruturas se baseiem exclusivamente sobre diferenciações culturais, de classe, e sobre sistemas competitivos, cria em si áreas de compensação para as próprias contradições, onde possa concretizar a necessidade de negar ou de fixar objetivamente uma parte da própria subjetividade... O racismo em todas as suas formas não passa de uma expressão da necessidade de tais áreas de compensação; assim como a existência de manicômios, símbolo do que poderíamos chamar de 'reservas psiquiátricas' (compatíveis com o *apartheid* do negro e aos guetos), representa a vontade de uma exclusão daquilo que é temido por ignorado e inacessível. Vontade justificada e cientificamente confirmada por uma psiquiatria que considerou incompreensível o próprio objeto de seus estudos, razão por que relegou-o à companhia dos excluídos. O doente mental é um excluído que, nos termos da sociedade atual, jamais poderá opor-se àqueles que o excluem, pois cada um de seus atos passa a ser limitado e definido pela doença. (BASAGLIA, 1985, p. 120).

Se para Marx e Engels (2001, p. 59), a luta de classes revela que "a exploração de uma parte da sociedade por outra é um fato comum a todos os séculos passados" que só se pode superar com "ascensão do proletariado à classe dominante e à luta pela democracia"; para Basaglia

> [...]a luta antimanicomial é uma ação de destruição e ao mesmo tempo de superação: "destruição e superação que vão além do sistema coercitivo – carcerário das instituições psiquiátricas e do sistema ideológico da psiquiatria enquanto ciência para entrar no terreno da violência e da exclusão do sistema sócio-político, [...] (1985, p. 131)

Para esse autor "também é necessário lutar para mudar o sistema que a sustenta". Categoricamente, a luta antimanicomial é uma forma da luta de classes empreendida por todos aqueles que, estando no lugar de oprimidos ou excluídos, loucos ou sãos, almejam transformar a sociedade destruindo e superando o capitalismo como modo de produção social e ideologia da violência.

Na América Latina, a luta de classes e a luta antimanicomial vão se convergir de um modo tal que lutar contra a dominação, escravidão, exploração, opressão e exclusão que o capitalismo promoveu desde a conquista e colonização do continente significará também denunciar o manicômio. E, antes dele, todos os espaços de exclusão, da nau ao hospital, como expressão perversa desse sistema, passando a luta antimanicomial a uma expressão particular da luta de todos os povos da América Latina.

A luta dos povos latino-americanos é, por assim dizer, ancestral à luta antimanicomial. As lutas dos índios, dos negros africanos, das mulheres e homens latino-americanos são formas da grande luta de classes que se trava desde a conquista e colonização: "A descoberta da América, a circunavegação da África ofereceram à burguesia ascendente um novo terreno"

e “a grande indústria criou o mercado mundial, preparado pela descoberta da América” (MARX; ENGELS, 2001, p. 25-26). É por isso que compreender as mediações presentes entre os processos históricos da luta das classes trabalhadora geral, da população do campo e indígenas, das mulheres, dos negros e negras e da classe burguesa na América Latina possibilita o encontro com uma efetiva unidade latino–americana; uma unidade do diverso com uma prática social concreta que se dirige para o seu maior desafio:

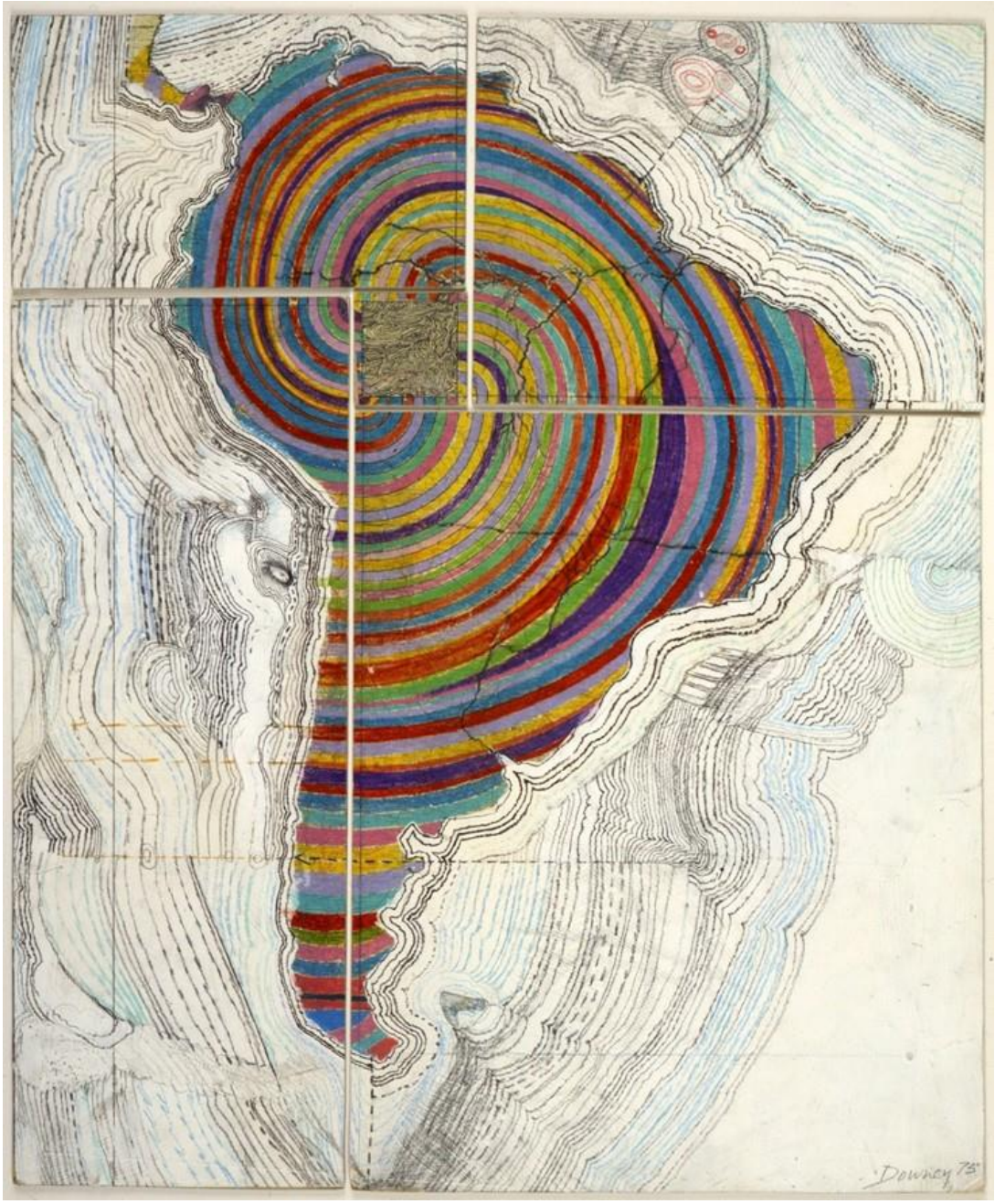
> Pouco a pouco, vai surgindo uma contradição irredutível entre o projeto colonizador e seus sucessores e os interesses da comunidade humana resultante da colonização. Ou seja: entre os propósitos e os procedimentos da classe dominante, subordinada, e a maioria da população que ativava o empreendimento, primeiro colonial, depois nacional. Para essa população o desafio colocado ao longo dos séculos foi o de amadurecer como um povo para si, consciente de seus interesses, aspirante à coparticipação no comando de seu próprio destino. Dada a oposição classista, tratava-se de conquistar essas metas através da luta contra a classe dominante gerencial da velha ordenação social. Ainda hoje este é o desafio principal com que nos defrontamos todo nós latino–americanos (RIBEIRO, 2010, p. 40).

Quando a luta antimanicomial insurge na América Latina pelo movimento de diversos grupos e indivíduos, que, com Franco Basaglia, denunciam que “grande parte da psiquiatria manicomial é ideologia e não ciência e é, em síntese, a caricatura de todo o sistema ideológico adaptativo-repressivo, utilizado para que um pequeno grupo oprima e explore economicamente todo um povo” (MOFFATT, 1980, p. 17). Bases foram lançadas para a compreensão das histórias do povo latino–americano como uma luta pelo reconhecimento, sobrevivência e emancipação, mas também contra as instituições, que, a exemplo do manicômio, excluem e aprisionam os loucos e as loucas, que independentemente de qualquer explicação mistificadora, são representantes integrais desse povo.

Ao afirmar a luta “por uma sociedade sem manicômios”, o Movimento Antimanicomial Latino–Americano, desde a sua nascente, amplia-se e se integra definitivamente à luta de classes.

# 2 MOVIMENTOS: A TRAJETÓRIA DO MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL LATINO-AMERICANO

Figura 02 - Map of America de Juan Downey




Fonte: Instituto Guggenheim. Coleção *On Line.*

A partir dos aprendizados com Paulo Amarante (1995; 1996), gostaria de refletir sobre a trajetória de pessoas, grupos e ideias que formam o Movimento Antimanicomial Latino-Americano, na tentativa de captar a dinâmica das transformações produzidas por esse

movimento social[5]. Tomando a trajetória pelos percursos realizados, os caminhos e as vias pelos quais diferentes pessoas se puseram em movimento contra, ante e para além do manicômio. Ou seja, mesmo que audacioso, o objetivo é a partir da reflexão e da pesquisa apresentar uma história política[6] da luta antimanicomial na América Latina.

Assim, a narrativa histórica seguirá a trajetória de pessoas e grupos que se puseram em movimento desde o início do século XX, dentro e fora dos manicômios, na direção de um horizonte incerto, mas onde figura toda a sociedade. Compreender como o passado se converteu no presente nos ajuda a compreender o presente, e provavelmente nos ajuda a compreender algo do futuro (HOBSBAWM, 2013, p. 280-300).

Para refletir sobre o surgimento, crescimento e organização do Movimento Antimanicomial Latino-Americano, reconstruí, em uma narrativa histórica, uma periodização de eventos, situações e conjunturas. Para cada fase ou período, elegi a memória de pessoas que representaram o sujeito coletivo que formou o movimento antimanicomial, de modo a demonstrar como práticas individuais e coletivas forjaram as condições para uma campanha permanentemente atualizada, ou seja, como se mantém uma constante luta contra o manicômio na América Latina. O trajeto desse movimento parte de dentro dos muros do manicômio em direção à sociedade e à política desde os primeiros anos do século XX até os dias atuais.

Para descrever essa trajetória é necessário um sistema de coordenadas conceituais e históricas que apreendi nos ensinamentos de Eduardo Mourão Vasconcelos (2017, 2010, 2009, 2008, 1992), que sugerem uma perspectiva sócio-histórica na análise do campo da saúde mental. Para isso, esse autor indica o seguinte:

---

[5] Assumo o movimento antimanicomial como um movimento social na medida em que o reconheço como uma convocação à ação popular contra um amplo espectro de flagelos. Uma forma específica de política contenciosa, que elabora de forma coletiva um conjunto de reivindicações dirigidas ao Estado e seus governos (TILLY, 2010). Entretanto, esse movimento também produz um impacto nos significados, sentidos e emoções referentes à loucura e às pessoas ou grupos ligados a ela, o que modifica a sua relação e o seu espaço social (JASPER, 2016). Em sua forma política e cultural, produz um discurso que se insere na esfera política, modificando e produzindo políticas públicas e sociais de proteção, valorização e reconhecimento dos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico e dos trabalhadores da saúde mental (AMARANTE; NUNES, 2018).

[6] Procurei, ao longo da pesquisa, inspirar-me em diversas formas de ler, participar e escrever a História sem a pretensão de me aprsentar como um historiador, mas exatamente ao contrário, colocar-me na posição de aprendiz. Assim, tomei por base, na escrita desta tese, uma inspiração marxista, especialmente o materialismo histórico, observando o papel específico dos conflitos de classe, a sucessão de formações socioeconômicas e os mecanismos de transição de uma para outra (HOBSBAWM, 2013, p. 200–239). Busquei não cair nas armadilhas do reducionismo e do apocalipse de uma cisão restrita e mistificadora das lutas sociais em torno do papel do Estado e da estruturação da sociedade (RODRIGUES, 2003, p. 68-73). E, com muita dificuldade, mas de forma regular e constante, tentei operar a tríade Interdisciplinaridade – História – Engajamento como conceito prático e teórico para a formação intelectual e a escrita desta tese.

a) a importância da análise marxista do conjunto das políticas sociais, considerando que essas são originárias de uma correlação de forças que se expressa na esfera estatal;

b) a necessidade de compreender como o processo conflitivo produzido no capitalismo se expressa na sociedade civil, na esfera econômica, mas também na formação dos movimentos sociais, ideologia e cultura, na construção de alianças e formação de atores políticos organizados;

c) a análise crítica das dimensões políticas, econômicas e sociais de um setor particular das políticas sociais deve captar não só as determinações estruturais e conjunturais do modo de produção, mas também as particularidades próprias do setor. No caso da saúde mental esse exercício dialético se faz combinando a valorização das subjetividades e o contexto ou a conjutura de produção dessas e da realizade social.

A abordagem sócio-histórica valoriza a complexidade da realidade revelando seus aspectos contraditórios e multidimensionais:

> Assim, a determinação econômica, social e política das políticas sociais nas sociedades capitalistas atuais devem ser consideradas como um processo complexo, conflitivo e passível de algumas conquistas, mesmo que parciais. Em conjunturas mais desfavoráveis, como na recente onda de políticas neoliberais e de crise fiscal, o espaço para estes ganhos diminui sobremaneira, interpelando, portanto os discursos mais próximos dos textos diretamente políticos de Marx e Engles, mas isso não inviabiliza por completo a atuação de resistência ou da busca de pequenas conquistas, mesmo que limitadas, nas arenas e aparelhos das políticas sociais (VASCONCELOS, 2017, p. 23).

No contexto latino–americano a luta antimanicomial tem caráter de movimento social integrado às lutas pela democracia, contra as violações dos direitos humanos e por políticas de proteção social universais, constituindo–se de forma orgânica a outros movimentos sociais, especialmente, os que lutam nos campos da saúde coletiva. Dessa forma, é preciso: (i) retomar a trajetória histórica do movimento antimanicomial em detalhes, dentro de uma cronologia pormenorizada de eventos, situações e práticas realizadas (lutas travadas, batalhas históricas, memória das lutas); (ii) identificar ideias e temas, marcos teóricos, principais correntes que influenciaram e influenciam o movimento; (iii) analisar as conexões internacionais; (iv) destacar os atores, protagonistas e líderes, dando evidência ao sujeito coletivo que formam (AMARANTE, 1995, 1999).

Por meio do descobrimento e da análise dos contatos entre pessoas, grupos e ideais que disparam os movimentos (encontros, reuniões, eventos, protestos, marchas) e,

principalmente, a convergência das diversas lutas, é possível descrever uma trajetória temporal e espacial que convergiu para a criação do Movimento Antimanicomial Latino-Americano.

Walter Melo (2004) analisando o campo da saúde mental no Brasil propõe a constituição de dois períodos históricos caracterizados pelo surgimento do que chamou de campanhas[7]: "O campo da saúde mental no Brasil abrange dois períodos: o da campanha prómanicomial, de 1829 até as primeiras décadas do século XX; e o da campanha antimanicomial, que tem seu marco inicial no Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, em 1978" (MELO, 2004, p. 110).

Com esses conceitos, podemos adotar a análise de Melo (2004) do caso brasileiro para refletir sobre a América Latina, substituindo o conceito de campanha por movimentos sociais, de modo que seja possível pensar no surgimento e avanço dos movimentos manicomial e antimanicomial latino – americanos. Ou seja, refletir sobre as histórias da psiquiatria e da loucura, da saúde e doença mental na América Latina a partir da constituição de movimentos sociais.

O ano de 1829 marca a fundação da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e a constituição de um movimento político para construção de uma instituição exclusiva para o tratamento da loucura, que à época era conhecida por alienação mental:

> O que é importante e merece ser investigado é a natureza desse deslocamento, pois é justamente ele que consolida o novo tipo de presença da medicina na sociedade que aqui está sendo caracterizado pela medicina social. Ele é resultado da luta empreendida pelos médicos da primeira metade do século XIX – e representada, sobretudo na Sociedade de Medicina – para elaborar e impor a "medicina política". (MACHADO, 1978, p. 214)
>
> A ofensiva médica em relação ao louco configura-se basicamente na proposta de criação de uma instituição capaz de medicalizá-lo e possibilita que a questão da loucura se insira naturalmente nos objetivos de uma medicina do espaço social. Por um lado, a proposta de organização e funcionamento da cidade deve excluir o louco da livre circulação em seu interior visto que ele representa um foco de perigo; por outro, quando analisa as instituições, a medicina constitui espaço próprio do louco, capaz não só de dominá-lo – destruir os seus efeitos subjugar sua ameaça – mas de atingir sua loucura e integrá-lo à vida urbana por um processo de recuperação. (MACHADO, 1978, p. 380).

Em 1852 é inaugurado o Hospício Pedro II no Rio de Janeiro o qual representa conquista fundamental para o movimento médico de captura e apropriação da responsabilidade pela loucura. Só a partir de 1889, no entanto, com proclamação da República

[7] Diferentemente desse autor não assumo o conceito de campanha, pois considero que não há nele uma integração de forma definitiva à forma política, cultural e discursiva do conceito de movimento social.

é que surgiram as condições para ampliação e consolidação da psiquiatria no Brasil. A campanha médica psiquiátrica pela institucionalização da loucura se entrelaça ao Estado e se difunde por toda sociedade, uma “utopia” que enfrenta resistências e obstáculos num movimento que combina norma e danação (MACHADO, 1978 p. 485-492).

O movimento antimanicomial no Brasil, segundo Melo (2004) tem marco inaugural com a criação do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) em 1978, que em 1987 passa a Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) na cidade de Bauru disparando inúmeros processos de crítica, denúncia e intervenções nos serviços e política de saúde e saúde mental no país:

> Assim nasce o MTSM cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 1995, p. 52).
>
> O manicômio é expressão de uma estrutura presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de menores, nos cárceres, a discriminação contra os 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, a saúde, justiça, e melhores condições de vida (Manifesto de Bauru). (AMARANTE, 2003, p. 46):

O movimento antimanicomial no Brasil é marcado então por uma mobilização social crítica do sistema hospitalar e asilar, por uma entrada no aparelho do Estado e primeiras experiências de humanização e controle da hospitalização e da rede ambulatorial em saúde mental (VASCONCELOS, 2008, p. 32).

Esse esquema temporal e conceitual pareceu muito útil para reconstruir e analisar a trajetória do movimento antimanicomial latino-americano, na medida em que define uma periodização a partir do surgimento, intensificação e difusão de sujeitos coletivos com ação política voltada para a questão da loucura. As ‘campanhas’ sugeridas por Melo (2004) combinam os elementos da ação coletiva realizada pelos movimentos sociais, ou seja, são esforços coletivos persistentes e intencionais de promover ou obstruir mudanças jurídicas e sociais de longo alcance, dentro ou fora das instituições (JASPER, 2016, p. 23).

Essa forma específica de politica é contenciosa na medida em que envolve a elaboração de reivindicações que passam a serem demandadas, geralmente, de forma conflituosa entre Estado e mercado. A combinação de um repertório (diferentes formas de ação política), o esforço persistente de reivindicação (campanhas) e as demonstrações públicas de uma representação ou identidade coletiva caracterizam os movimentos sociais

como uma forma contemporânea de política. Assim, os movimentos, diferentemente das campanhas, estendem-se para além de eventos, marchas ou protestos; eles articulam grupos, objetivos e instituições e possibilitam a criação e sustentação de sujeitos coletivos (TILLY, 2010, p. 136-139), como no caso dos movimentos manicomial e antimanicomial, que influenciaram o processo social da loucura na América Latina de modo mais amplo.

A partir do conceito de processo social concebido por Nobert Elias (2006), podemos refletir sobre a história social da loucura na América Latina. Para Elias, processo social refere-se às transformações contínuas, de longa duração, ou seja, em geral não aquém de três gerações, de figurações formadas por seres humanos, ou de seus aspectos, em uma de duas direções opostas. Logo é inerente às peculiaridades dos processos sociais que eles sejam bipolares. Assim, surtos em uma direção podem dar lugar a surtos contrários e ambos podem ocorrer simultaneamente.

Elias (2006, p. 28) sugere como instrumentos conceituais para a determinação e a investigação de processos sociais pares conceituais opostos como integração-desintegração, engajamento-distanciamento, civilização-descivilização, ascensão-declínio. Os pares conceituais opostos indicariam a direção dos processos sociais. Eles podem servir para determinação de oposições e tensões no interior de um movimento processual em cada época considerada. Eles são imprescindíveis para a determinação das fases ou estágios de um processo social.

Processos sociais mais longos permitem reconhecer frequentemente e de modo bastante claro a ruptura de um estágio do processo para outro mediante um decisivo deslocamento de poder. Uma fase posterior apresenta em relação a uma fase anterior uma ruptura na dominância decisiva de um centro de poder, sem chegar a uma decisão. Tensões, oposições e conflitos produzem os impulsos do processo social na direção de novas formas de monopolização dos meios de poder, integração e interdependência (ELIAS, 2006, p. 29-30).

Uma questão importante que integra o conceito é a relação entre processos sociais e ações individuais que deverá estar frequentemente em primeiro plano, pois processos sociais e seres humanos são singulares, logo suas ações são absolutamente inseparáveis. A autonomia relativa dos processos sociais baseia-se, em outras palavras, no contínuo entrelaçamento de sensações, pensamentos e ações de diversos seres humanos singulares e de grupos humanos, assim como no curso da natureza (ELIAS, 2006, p. 29). Dessa interdependência contínua resultam as transformações de longa duração na convivência social.

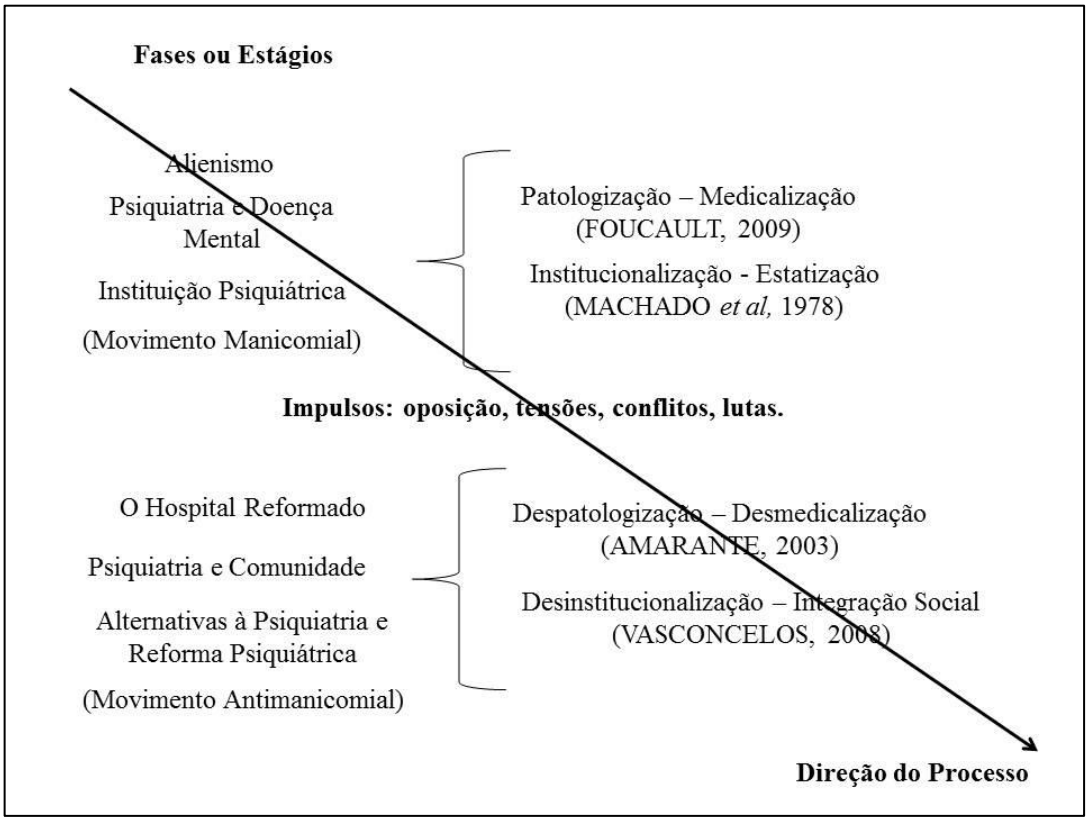
Três noções são importantes a se considerar nesse conceito de processo social: 1) há uma constância da direção, um movimento do processo social, pois, mesmo que às vezes não planejados, alguns processos sociais mantêm a mesma direção por muitos anos; 2) o processo social sempre se faz por lutas de eliminação ou lutas sociais; 3) os processos sociais possuem direções, mas assim como a natureza, não possuem objetivos nem fim (ELIAS, 2006, p. 32).

Tomando como inspiração o conceito de processo social de Elias (2006), é possível observar o processo social, já bastante longo, no qual um movimento manicomial cria, renova e atualiza a instituição psiquiátrica por meio da patologização, medicalização, institucionalização e estatização[8] da loucura. Em oposição, o movimento antimanicomial se organiza e avança com experiências, conhecimentos e reformulações políticas da loucura se opondo, desconstruindo e negando a instituição psiquiátrica por meio da despatologização e desinstitucionalização do louco e da sociedade.

Esse processo social no qual se produzem as práticas e a relação social com a loucura é assim entendido como entrelaçamento de dimensões, estágios, fases, devires simultâneos. Por isso, conflitante, pulsante, paradoxal, contraditório, tenso e com consensos dos quais decorrem a transformação, invenção e reconstrução da loucura e da psiquiatria, enquanto expressões e fenômenos sociais e históricos, como dúplices (PORTER, 1990; p. 53), tal como representado na figura 01, a seguir:

[8] Elias (1993) considera a formação dos Estados como um processo social. De modo específico, Arouca (1986) chamou a reforma sanitária brasileira como um processo civilizatório, assim como Yasui (2010) considera a reforma psiquiátrica brasileira um processo civilizador na medida em que contribui para superar e construir outra forma de a sociedade lidar com a loucura. Aqui utilizo a expressão estatização me referindo à constituição do discurso do psiquiátrico e da implantação, na sociedade, de uma estratégia de normalização da loucura a partir da ação do Estado, ou seja, da aplicação de técnicas médico-políticas de controle e proveito da loucura por um Estado que é medicamente orientado (MACHADO et al, 1978. p. 485-492).

Figura 03 - Representação do processo social da loucura




Fonte: Elaboração própria do autor.

O que estou sugerindo é que o processo social da loucura na América Latina pode ser analisado a partir do surgimento de uma constante oposição, manicomial e antimanicomial, que, em suas campanhas, marcadamente conflituosas, modificam a relação e o lugar social do louco na sociedade, de modo que a direção desse processo seja retomada, modificada ou invertida de acordo com a capacidade de cada movimento social de interferir nesse processo social.

Mas é necessário ainda articular o conceito de processo social de Elias (2006) ao de luta de classes (LOSURDO, 2015), na medida em que, por um lado, o primeiro, mesmo valorizando a dialética relação de forças que subjazem os processos sociais, desconsidera "a gama ampliada de atores sociais – tradicionais e novos – que tronou o jogo político muito mais complexo e variado" (RODRIGUES, 2003, p. 177). Já que, por outro lado, o segundo nos remete, mais uma vez e sempre, que é "necessário clarificar a luta de classes enunciada por Marx e Engels como a forma ativa das lutas politicas que move a história e transformação mundial" (LOSURDO, 2015, p. 16).

Dessa forma, entendo que a constituição e a institucionalização de um movimento manicomial, inclusive seus sucessos, derrotas e persistência, são bastante estudados e

difundidos por pesquisas que se ativeram às histórias da psiquiatria, suas práticas e instituição na América Latina. A constituição, intensificação e organização do movimento antimanicomial latino–americano ainda são pouco estudadas, dependendo de um enorme esforço de registro, reflexão e análise. Por isso, ao reconstruir a trajetória do movimento antimanicomial latino-americano, busco dar uma contribuição a esse estudo de modo a demonstrar a simultaneidade com que essa força política se organiza e passa a atuar na direção do processo social e na luta política que envolve a loucura na América Latina.

Com base na inspiração de Melo (2004), proponho que o movimento manicomial surge e se organiza a partir da constituição da psiquiatria moderna na América Latina e tem, no manicômio, a instituição psiquiátrica, seu marco institucional fundacional. O marco histórico desse processo pode ser estabelecido a partir da criação dos primeiros hospitais psiquiátricos, especialmente nos países de colonização espanhola, como os levantados por Viqueira (1970) a partir de 1820.

Durante todo o século XIX, o movimento manicomial se desenvolveu por meio do hospital psiquiátrico e da doença mental em um processo de medicalização e patologização da loucura. Centrando-se na produção e socialização do saber sobre a doença mental, combinou mobilização social e estratégia política para a construção de um aparato estatal permanente de controle e exclusão da loucura na América Latina (MARIATEGUI, 1990).

Na virada para o século XX começam a surgir formas organizadas de oposição ao movimento manicomial. Se na Europa de FREUD (1975) retoma a loucura ao nível de sua linguagem, reconstituindo um dos elementos essenciais de uma experiência reduzida ao silêncio (FOUCAULT, 2009, p. 338); na América Latina serão os próprios loucos e loucas que iniciariam um movimento de questionamento, denúncia e oposição aos manicômios e às práticas da psiquiatria. As críticas e denúncias aos maus tratos e às péssimas condições de vida nos manicômios presentes nas cartas de loucos e loucas mexicanos durante a revolução mexicana são as fagulhas iniciais de um grande movimento que abrangeu toda América Latina e que marca o século XX como o período de surgimento e organização do movimento antimanicomial latino-americano.

## 2.1 **Loucos e loucas mexicanos: revolução dentro e fora do manicômio**

Seguindo a influência historiográfica exercida por Michel Foucault (2009), houve um crescente interesse em analisar a complexidade histórica e social da loucura em diferentes

espaços e momentos. Essas novas abordagens abriram uma série de estudos diversos e complexos sobre a conformação do conhecimento, da instituição e do poder psiquiátricos.

As obras que apresentaram novas abordagens colaboram para entender como a instituição psiquiátrica constituiu, desde o final do século XVIII, parte do aparato estatal moderno de controle social (SCULL, 1984):

> Desnecessário repetir aqui a história dos manicômios e hospícios, dos encarceramentos e espancamentos, a que as pessoas foram submetidas ao longo dos séculos XVII a XIX, particularmente na medida em que chegamos à época moderna, à idade da razão. Quanto mais a sociedade se organizava, racionalizava seu funcionamento e suas relações de trabalho e produção, menos espaço sobrava para os que não se ajustavam a essa organização. O manicômio nasce como produto dessa ordem social, uma instituição onde cabe o louco. (GULLAR, 1996, p. 7-8).

Mas ainda são poucos os estudos cuja preocupação central sejam os próprios loucos e loucas, ou ainda, as reais condições em que essas pessoas eram submetidas ao manicômio e às técnicas psiquiátricas. Menor ainda são os estudos que se detiveram sobre as práticas de resistência, negação e enfrentamento de loucos e loucas ante o enclausuramento e a submissão violenta a que eram submetidos como “pacientes” ou “doentes mentais”.

Uma parte expressiva de publicações sobre a história social da loucura se dedica aos grupos ou pessoas que, a partir do século XX, questionaram e enfrentaram a violência da instituição psiquiátrica. Essas histórias, no entanto, em sua maioria, s são protagonizadas por profissionais da área da psiquiatria e saúde mental. Só muito mais recentemente tem se visto frutificar registros do protagonismo dos próprios loucos e loucas na luta por sua liberdade, cidadania, autonomia e dignidade.

Fica explícita assim a necessidade de iniciar a trajetória do movimento antimanicomial latino-americano destacando o protagonismo de loucos e loucas na denúncia e enfrentamento do manicômio. Graças às pesquisas realizadas por historiadores mexicanos, foi possível resgatar as diferentes formas de luta encampada por essas pessoas. A partir dos escritos deixados por elas ou ainda pelos registros tomados em prontuários e outros documentos, é possível dar evidência à constante resistência dos loucos e loucas aprisionados no maior manicômio do México, no início do século XX. Mais importante foi o resgate da participação dessas pessoas na revolução mexicana dentro e fora do manicômio.

Popularmente conhecido como *La Castañeda*, o Hospício Nacional do México foi inaugurado em 1910 pelo então presidente da república Porfirio Diaz, alguns meses após o início da Revolução Mexicana. Não deixa de ser significativo que a abertura do asilo tenha servido para começar as celebrações comemorativas do Centenário da Independência do

México, realização simbólica que foi interpretada como evidência da modernização do país. A importância do asilo reside também na sua longa vida, durante a qual abriu suas portas para mais de sessenta mil pacientes de qualquer lugar do país. Embora o seu processo de desmantelamento tenha começado nos anos 1940 com a criação das colônias hospitalares – para as quais muitos de seus pacientes foram encaminhados – e o estabelecimento de ambulatórios – que buscaram reduzir sua superpopulação – foi definitivamente fechado somente em 1968, outro ano chave na história do México (SACRISTÁN, 2002).

A historiografia mostrou a maneira pela qual *La Castañeda* se tornou o cenário no qual as noções de loucura feitas a partir do saber-poder psiquiátrico justificaram discursos moldados para o confinamento de sujeitos considerados ameaças à estabilidade social, em um regime político marcado pelo autoritarismo e pela higiene social (MOLINA 2009). Estudos evidenciam o quanto as internações eram balizadas muito menos por critérios médicos e, sim, por critérios morais, de gênero e classe. Um grande número de internos era ali recolhidos por penalizações judiciais ou ainda pelas próprias famílias que forçavam a internação de seus parentes (SACRISTÁN, 2001). Ou seja, o manicômio de *La Castañeda* foi lugar de exclusão social, prática psiquiátrica e de repressão política.

Molina (2004) dedicou-se ao estudo e análise de inúmeros escritos deixados por internos desse grande manicômio e demonstra o modo pelo qual uma minoria de reclusos letrados articularam, em um discurso coerente, a rejeição do conceito psiquiátrico de loucura e as práticas terapêuticas e relações sociais que regulavam a vida diária do asilo. O elemento a ser destacado em tais discursos é que a crítica feita por essas pessoas dias "insanas", não só sobre condições de vida precárias ou abusos cometidos pelos enfermeiros ou membros da família, mas com base nas noções de loucura da própria psiquiatria, geriam a relação com a equipe médica:

> *De las descripciones sobre la vida cotidiana em el manicomio emanaron las más agudas críticas contra la institución psiquiátrica. Em evidencia de ello son los escritos de individuos autodenominados como masones que solían ingresarcon unas nociones muy idealizadas de lo que era la ciencia, estrellándose en la realidad del manicômio* (MOLINA, 2004, p. 27)

> *Este heterogéneo grupo de internos letrados había obtenido la suficiente educación para poner por escrito sus ideas, algunas veces de forma sobresaliente. Por ejemplo, el ya mencionado Ángel A. era telegrafista, ferrocarrilero y hablaba ingles; Pedro S., quien se declaraba librepensador, elaboró em complejo escrito acerca de sus antecedentes clínicos y familiares que, a primera vista, y debido a la forma em que es escrito, es difícil establecer si fue redactado por el paciente o por el médico; Miguel T. era descrito por el psiquiatra como em hombre 'vigoroso, instruido y periodista, su carácter em sido duro e irascible'. Y otros, con escasa ilustración, se manifiestan como autodidactas; em muestra de ello es José M.* (MOLINA, 2004, p. 28).

Os escritos dessas pessoas em sua grande maioria nunca foram entregues ou encaminhadas aos seus destinatários (médicos, familiares, imprensa ou órgãos do governo). Permaneceram anexadas aos prontuários e foram muitas vezes utilizados para justificar ou aludir à insanidade que cometiam seus autores. Contudo, o resgate desses escritos mostra que o confinamento no asilo e o tratamento imposto foram formas de "violência física e simbólica", nas quais o uso da força contra o louco foi aceito pela sociedade como legítima, sendo parte intrínseca da relação que deve ser estabelecida com sujeitos "anormais" considerados uma ameaça à estabilidade social.

Mais importante ainda foi que, com seus escritos, esses loucos e loucas deixaram claro o quão inédito e traumático foi o tratamento médico para um grupo de pessoas letradas que não viram diferença entre punição e cura, entre terapia psicológica e intrusão na vida privada, entre o social e o biológico da loucura. O quão contraditório foi que, com o espírito de "curá-los", eles foram aprisionados no império da barbárie:

> *Al no estar convencidos de su condición de «enfermos», los locos letrados en cuestión imaginaban conspiraciones contra su vida como el único argumento posible para justificar su reclusión. Estos sentimientos agudizaban su deterioro mental, lo cual no era tomado em cuenta, ya que no fue sino hasta la década de 1930 cuando el carácter benéfico del encierro comenzó a ser cuestionado por la psiquiatria* (MOLINA, 2004, p.28).

Já Rivera-Graza (2001a), analisando os prontuários e escritos de mulheres internadas no grande manicômio mexicano, mostra como a discussão sobre o lugar apropriado das mulheres pobres na sociedade desempenhou um papel fundamental na definição de comportamentos normais e anormais. Psiquiatras do sexo masculino que infundiram seus diagnósticos com noções normativas de gênero e classe, detectavam sinais de doença mental considerando condutas baseadas na domesticidade feminina. A narrativa dessas mulheres foi restaurada pela autora de modo a mostrar como elas, mesmo aprisionadas como loucas, ergueram-se contra sua condição social:

> *As women discussed the complex nature of their condition—the physical and spiritual causes, the evolution and social representation—they authored themselves as rightful, if unsettling, citizens of the new era. Indeed, the narratives that women constructed as they interacted with asylum doctors revealed their ability to interpret and rename the domestic and social worlds they inhabited, forcing doctors and readers alike to see those worlds through their eyes. More than mere illustrations to accompany political or economic histories of the era, these powerfully unnerving narratives also revealed the emphatic ways in which inmates' articulated physical and spiritual pain to develop—whether implicitly or abruptly, cogently or frantically—moral and political commentaries on the causes of their misfortune. Thus at a fundamental level, the mad narratives examined in this essay constitute vivid reminders of the fragility of the hegemonic framework in which modern Mexico took shape* (Rivera-Graza, 2001a, p. 658).

Após apenas dois meses desde a inauguração do manicômio em *La Castañeda*, tiveram início os conflitos armados da revolução mexicana. Em janeiro de 1919 os zapatistas invadiram o manicômio e o passaram a um importante ponto de sustentação da luta armada contra as forças do regime de Porfirio Diaz. Um resgate importante da historiadora Rivera-Garza (2001b) foi a adesão de internos do hospital às fileiras zapatistas, mostrando o quanto essas pessoas participaram ativamente do processo de luta e derrubada do regime autoritário ao qual era submetido todo o México há 34 anos:

> *Mas significativo foe el hecho de que tres internos peligrosos se convirtieron em soldados zapatistas de um momenta a em y abandonaron el hospital para seguir las ordenes del general Sandoval, em decision que tambien torno Salvador Gutierrez, em professor de la institucion* (Rivera-Garza, 2001b, p. 79).

Outras tantas ações revolucionárias foram protagonizadas por homens e mulheres internados no manicômio mexicano: as fugas, inclusive durante a transferência dos hospitais do interior do país para o grande manicômio erguido na capital, as denúncias feitas à imprensa, as cartas que nunca chegaram aos destinatários, mas que foram redescobertas pelos historiadores, a entrada no conflito revolucionário que mudou radicalmente a história do país. Há ainda outras tantas ações que foram soterradas pelos registros médicos como ações insanas ou ainda as inúmeras resistências cotidianas que homens e mulheres ergueram contra a violência e a precariedade do manicômio e seus agentes.

As histórias desses loucos e loucas mexicanos se reproduziram em diferentes manicômios em toda a América Latina, onde, desde a segunda década do século XIX, ergueram-se em todos os países em um processo avassalador de internação e exclusão da loucura. Um exemplo brasileiro são os escritos de Lima Barreto (1993) e a crítica de Machado de Assis (1995). Poucos são os registros das práticas de resistência e luta dessas pessoas, mas acredito que, como eles, e de formas tão variadas, outros tantos homens e mulheres, mesmo aprisionados e destinados à exclusão e à morte, conseguiram erguer-se contra o sistema político científico que os passaram a doentes e internos.

Cartas, fugas, participação em processos de combate e resistência são demonstrações importantes de pessoas que, mesmo tidas como doentes e insanas, tentaram modificar sua condição social. Como protagonistas de uma luta muita vezes solitária ou desconhecida, podem ser consideradas iniciantes de uma luta que tem no centro das batalhas a conquista da liberdade e da dignidade, mas principalmente contra a violência do manicômio.

A luta antimanicomial no México se acirrou novamente a partir da década de 1970, quando a antipsiquiatria foi introduzida no país por meio do *Centro Intercultural de*

*Documentación de Cuernavaca* (CIDOC), em Cuernavaca, dirigido por Ivan Illich, onde Franco Basaglia ministrou um seminário em 1974. Alguns psicólogos mexicanos que participaram desse seminário, como Sylvia Marcos, viajou pouco depois para a Europa para aprender sobre o trabalho realizado por Basaglia e outros. Em 1978 foi constituído, em Cuernavaca, em um encontro internacional, a Rede Latino-Americana de Alternativas à Psiquiatria. No país desfilaram figuras tão proeminentes como Basaglia e sua esposa Franca, David Cooper, Thomas Szasz, Marie Langer, Felix Guattari, Robert Castel etc. As obras mais importantes da antipsiquiatria foram traduzidas para o Espanhol e ensaios críticos que mostraram a situação deplorável dos hospitais psiquiátricos, o tratamento violento recebido pelos internos e pela cumplicidade da psiquiatria com regimes ditatoriais foram publicados.

No México dos anos 1980, a antipsiquiatria foi um vetor de transformação social. Ela serviu como uma plataforma intelectual para denúncia das diversas formas de repressão e exclusão que afetava a América Latina:

> *Em denominador común de estos eventos celebrados em México fue su insistência em la dimensión ideológica que subyace a toda intervención terapéutica, hasta el punto de que em todas las ponencias se diluyen los limites entre la política y la práctica psiquiátrica. Los términos clínicos, prácticamente ausentes, ceden su espacio a otros em mayor significación social, como capitalismo, miseria, represión, familia, sexismo, exclusión, lucha de clases, micropolítica, revolución, liberación, etc., que definen bien el horizonte de compromiso hacia el que apuntaba la antipsiquiatria en década después de su formulación por Cooper y Laing* (MANCILLA, 2019, p. 638-639).

Além disso, a plataforma criada por esses psicólogos e sociólogos críticos possibilitou que diferentes formas de repressão e violência do Estado fossem denunciadas. Exilados de diferentes países latino-americanos participaram das reuniões no México, compartilharam experiências e criaram laços profissionais e políticos. Graças ao movimento dessas pessoas, passos importantes também foram dados no México na luta contra a violência de gênero e no reconhecimento do conhecimento indígena. E assim a revolução de "*la locura como acción política"* surgiu como forma da luta antimanicomial no México.

## 2.2 **Nise da Silveira: o afeto catalizador na construção de espaços de liberdade**

Em 1852, foi inaugurado no Brasil, no Rio de Janeiro, pelo imperador Dom Pedro II, o hospício que recebeu seu nome. Seu surgimento se deu em função de transformações pelas quais o país vinha passando na economia e nas configurações política e social. Nesse contexto é que a inauguração do hospício é tida como marco histórico da psiquiatria no Brasil (AMARANTE, 2003, p. 28).

A crescente migração para as cidades trouxe vários problemas, entre eles de saúde pública e segurança. A retirada dos desocupados, mendigos, prostitutas e loucos passou a ser vista como questão de saúde, um fenômeno que teve semelhança como o quadro de urbanização ocorrido na Europa a partir do século XVII, embora as origens de tal panorama fossem bastante distintas nos dois continentes.

A perspectiva inicial do Hospício Pedro II, que era a de atender a necessidade de todo território brasileiro, logo se mostrou inviável. Sua capacidade de 350 pacientes esgotou-se pouco mais de um ano após a inauguração. Para atender à crescente demanda, outras instituições foram criadas de modo que, na virada do século XIX, a doença mental contava com perto de vinte instituições, tendência que teve prosseguimento até a década de 1970. A psiquiatria se firmou como campo de atuação no país e se constituiu em um enorme aparato manicomial (AMARANTE, 2003).

O Brasil viveu nessa virada do século XIX para o século XX fatos importantes, entre os quais, a abolição da escravatura (1888) e a proclamação da República (1889), que trouxeram consequências importantes para a política de saúde e para a loucura. Os hospícios existentes não conseguiram absorver a demanda surgida em função dos ex-escravos, que ficaram em situação extremamente precária dada à forma como receberam a sua "liberdade", já que tal ato não foi acompanhado de alternativas para a inserção daquele contingente populacional nas relações de trabalho pós-escravatura.

Além disso, deve-se lembrar que, para substituir a mão de obra escrava, o Brasil recebeu 1,3 milhões de imigrantes entre 1887 e 1897, sem, no entanto, propiciar condições adequadas para a adaptação de tão grande contingente de estrangeiros, parte dos quais passou a engrossar as fileiras dos hospícios brasileiros:

> Remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir, tratar. O peso relativo de cada um desses verbos na ideologia a nascente instituição psiquiátrica brasileira pendeu francamente para os dois primeiros da lista, os demais não entrando nem mesmo para legitimá-los. A função exclusivamente segregadora do hospital psiquiátrico nos seus primeiros quarenta anos de existência aparece, pois, na prática, sem véus ou disfarces de qualquer natureza. Uma das mais marcantes evidências desta a formação é a constituição da sua clientela no período; tratava-se sobretudo de homens livres, os escravos, uma raridade. Muitos deles classificados como 'pobres'; mas, entre estes, poucos negros, a maioria 'mestiços' e mesmo europeus e brasileiros de 'raça pura', uma amostragem fiel daqueles grupos de indivíduos que, na descrição de Caio Prado Jr., formavam a população errante dos marginalizados das cidades, os vadios, os arruaceiros, os sem-trabalho (RESENDE, 1987, p. 39).

Ao mesmo tempo em que se construíram novas instituições para abrigar os loucos, houve a substituição do nome de Hospício Pedro II para Hospital Nacional dos Alienados

com proclamação da República, em 1889, o que estabelece um novo marco histórico para o movimento manicomial brasileiro: “imediatamente posterior à proclamação da república há um marco divisório entre a psiquiatria empírica do vice-reinado e a psiquiatria científica graças a ascensão dos representantes da classe médica ao papel de porta vozes legítimos do Estado” (RESENDE, 1987, p 43).

Marcando uma alteração na proposta assistencial, a nova administração afastou as freiras da Santa Casa da Misericórdia, responsáveis pelos cuidados com os internos. O governo republicano substituiu a caridade pela higienização, com a afirmação da medicina e da psiquiatria no interior do hospital. Em 1902, Juliano Moreira assumiu a direção do Hospital Nacional e passou a compor um grande movimento em que estiveram reunidos medicina e Estado promovendo uma das reformas sanitárias no país, inaugurando a saúde pública no Brasil.

Uma das instituições empregadas nesse movimento foram as colônias agrícolas, nas quais o trabalho era utilizado como forma de tratamento. Pinel havia concluído sobre o valor terapêutico dessa alternativa, em observações feitas em diferentes hospícios da Europa, quando criou o tratamento moral. Tais ideias ganharam ênfase no Brasil nas primeiras duas décadas do século XX, com o surgimento de diversas colônias agrícolas:

> No Brasil, a entusiástica adesão à política de construção de colônias agrícolas não se deu apenas por exclusão das outras estratégias terapêuticas, de eficiência duvidosa, mas também por ter encontrado ambiente político e ideológico propício ao seu florescimento. As necessidades do incipiente capitalismo brasileiro tinham nas concepções e atividades em relação ao trabalho, prevalentes desde o tempo da colônia, um sério obstáculo. 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 características da índole de certos grupos sociais e étnicos. (RESENDE, 1987, p. 47).

Nesse contexto surgiu, em 1910, também no Rio de Janeiro, a colônia de Engenho de Dentro. Em 1923 seu diretor Gustavo Reidel, higienista e participante do movimento de eugenia do Brasil, tinham como meta melhorar a assistência psiquiátrica. Em 1930, esse médico criou um ambulatório em uma tentativa de abranger ainda mais os tratamentos psiquiátricos. Essas iniciativas eram exceções, pois, no cenário nacional, a psiquiatria brasileira tinha como principal recurso a reclusão (MACHADO, 1978).

Novas terapias biológicas foram introduzidas na colônia do Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, assim como em todos os hospícios, colônias e manicômios do Brasil. A partir de 1930, o coma insulínico e os métodos convulsivantes chegavam ao Brasil, bem como

propostas surgidas a partir do aprimoramento do tratamento moral de Pinel e o tratamento ocupacional dos alemães. A partir de 1940, foram criados os serviços de terapia ocupacional em hospitais psiquiátricos, ao mesmo tempo que foram construídos os primeiros centros cirúrgicos em hospitais psiquiátricos para realização das ditas como promissoras lobotomias (AMARANTE, 2003, p. 36-37).

É nesse vértice contextual que ocorrerá o encontro entre o movimento psiquiátrico altamente desenvolvido com a rebeldia e a negação de uma mulher, que, por sua resistência e luta, tornou-se uma importante representante do movimento antimanicomial brasileiro. O encontro de Nise da Silveira com a assistência psiquiátrica do Hospital Psiquiátrico do Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, estabeleceu um marco histórico para o movimento antimanicomial latino-americano (CARVALHO; AMPARO, 2006).

Nise da Silveira ingressou aos quinze anos na Faculdade de Medicina, em Salvador, Bahia. Em 1926, formou-se defendendo como tese de conclusão de curso o trabalho “Ensaio sobre a criminalidade da mulher no Brasil”, no qual argumenta que existia uma mistura de criminosos com doentes mentais e a ideia de que a medicina devia contribuir com o campo social. Já na faculdade, Nise da Silveira teve contato com questionamentos produzidos a partir das obras de Freud (MOTTA, 2008, p 16).

Em 1927, Nise da Silveira seguiu para o Rio de Janeiro, sendo vizinha de importantes líderes comunistas, componentes do Partido Comunista Brasileiro (PCB). Seu movimento em direção à esquerda foi reforçado com as primeiras leituras de Marx, da participação de reuniões do Partido Comunista e no ingresso na União Feminina do Brasil.

Após concurso público, ingressou no Hospício Pedro II, na Praia Vermelha, como psiquiatra. Nesse período, o Brasil vivia um tenso momento político, pois, em 1930, Getúlio Vargas toma o poder em uma revolução e deu início a um regime de governo autoritário, que tinha como um de seus mecanismos de repressão a perseguição, morte e prisão de pessoas ligadas ao partido e ideias comunistas. Em 1935, Nise da Silveira residia no Hospício Pedro II quando ouviu o barulho de tiros e confusão. Era a batalha da Praia Vermelha, um dos mais brutais episódios de perseguição ao movimento organizado por Carlos Prestes, um levante comunista (GULLAR, 1996, p. 41).

Poucos meses depois, já em 1936, Nise da Silveira foi presa no próprio hospício onde morava e trabalhava. Fora denunciada por uma enfermeira que, fazendo limpeza no quarto de Nise, encontrou livros de cunho marxista. Foi levada de sua moradia no hospital para uma

cela da prisão, onde se juntou a importantes representantes do movimento de resistência comunista ao regime autoritário de Getúlio Vargas, como Olga Benário, Maria Werneck e Graciliano Ramos. A tortura era o método usual nas prisões para obter informações e marcou todos com a violência (MOTTA, 2008, p. 18-20).

Em junho de 1937, Nise da Silveira saiu da prisão tendo vivenciado o impacto do regime de reclusão e da violência decorrente do abuso do poder, cujos efeitos se fizeram presentes no sofrimento de todos. Não há como deixar de perceber, nesse episódio da vida de Nise da Silveira, a formação de bases importantes do trabalho que viria a desenvolver de maneira contundente contra a similaridade entre a reclusão e a arbitrariedade da prisão e dos hospícios (GULLAR, 1996).

Durante algum tempo, viveu clandestinamente por vários estados do Nordeste e do Norte do país. Sete anos mais tarde, em 1944, de volta ao Rio de Janeiro, retomou suas funções agora no Centro Psiquiátrico Pedro II. Já então os choques estavam em voga. Ela se negou a utilizá-los e o diretor do hospital psiquiátrico então lhe ofereceu o único lugar onde tais procedimentos não eram aplicados – a seção de terapêutica ocupacional -, mesmo por que ali o objetivo não era o de curar ninguém (GULLAR, 1996, p. 47.)

Em meados da década de 1940, quando Nise da Silveira iniciou seu trabalho no Centro Psiquiátrico Nacional, hoje Centro Psiquiátrico Pedro II, do Rio de Janeiro, a polarização que existia nas primeiras décadas do século, e que dividia a psiquiatria entre as práticas ergoterápicas e o desenvolvimento de bases científicas e orgânicas, havia se desfeito. A ergoterapia fora condenada ao limbo e as práticas correntes baseavam-se em eletrochoques, lobotomias e, posteriormente, em terapia química e medicamentosa. Nise opôs-se frontalmente a tais procedimentos, colocou-se desde o início em um embate contra a psiquiatria de seu tempo:

> Durante esses anos todos que passei afastada, entrou em voga na psiquiatria uma série de tratamentos e medicamentos novos que antes não se usavam. Aquele miserável daquele português, Egas Moniz, que ganhou o prêmio Nobel, tinha inventado a lobotomia. Outras novidades eram o elotrochoque, o choque de insulina e do cardiazol. Fui trabalhar numa enfermaria com um médico inteligente, mas que estava adaptado àquelas inovações. Então disse: ‘A senhora vai aprender as novas técnicas de tratamento. Vamos começar pelo eletrochoque.’ Paramos diante da cama de um doente que estava ali para tomar eletrochoque. O psiquiatra apertou o botão e o homem entrou em convulsão. Ele então mandou levar aquele paciente para a enfermaria e pediu que trouxessem outro. Quando o novo paciente ficou pronto para aplicação do choque, o médico me disse: ‘Aperte o botão’. E eu respondi: ‘Não aperto’. Ai começou a rebelde. (GULLAR, 1996, p. 46).

O caminho de Nise da Silveira revela a intensidade do movimento antimanicomial e também sua direção, já que discordava dos procedimentos que passaram a ser adotados no tratamento psiquiátrico. Esses procedimentos consistiam em submeter a pessoa à violência do choque elétrico, do choque de cardiazol e de insulina ou, o que era mais brutal, à mutilação da lobotomia. E o caminho de Nilse foi pela coragem intelectual de romper com o estabelecido e, de outro, pela identificação profunda com o sofrimento do seu semelhante; por negar a violência dos tratamentos psiquiátricos; buscar alternativas para lidar com a loucura, a via psicológica, que se opunha ao fisiológico, por meio da expressão simbólica, ter no afeto e no ambiente acolhedor, na construção de um espaço de liberdade dentro da clausura manicomial.

Passou a gerenciar um setor sem recursos no Centro Psiquiátrico Nacional, o Setor de Terapêutica Ocupacional, considerado, na época, um método destinado a apenas a "distrair" ou a contribuir com a economia hospitalar. Para enfrentar a psiquiatria, seguiu esse outro caminho, o da Terapêutica Ocupacional, e, para sustentar essa opção, Nise se propôs a fortalecer esse método e dar-lhe fundamentação científica, transformando-o em um campo de pesquisa. Assim, buscou construir uma terapêutica ocupacional com características científicas, imprimindo ao trabalho uma orientação própria:

> Para Nise da Silveira, o mais importante acontecimento ocorrido nas suas buscas sobre os dinamismos da psique foi o encontro com a psicologia junguiana e seu método de investigação. Foi por intermédio da observação das atividades de seus pacientes que Nise rompeu com a psiquiatria clássica e Jung ofereceu-lhe novos instrumentos de trabalho.
>
> As ideias de Jung acerca da dinâmica dos fenômenos mentais aproximam-se bastante da concepção sistêmica. Jung concebia a psique como um sistema dinâmico autoregulador, caracterizado por flutuações entre polos opostos. Desse modo, considerava o processo psíquico um processo vital, uma manifestação do dinamismo básico da vida (CASTRO; LIMA, 2007, p.370).

Nos atendimentos que realizava, Nise procurava criar um clima de liberdade, sem coação, no qual, por meio de diversas atividades, os sintomas pudessem encontrar oportunidade para a sua expressão. Para ela: "o exercício de múltiplas atividades ocupacionais revelava que o mundo interno do psicótico encerra insuspeitadas riquezas e as conserva mesmo depois de longos anos de doença, contrariando conceitos estabelecidos" (SILVEIRA, 1981, p.11).

O Centro Psiquiátrico tinha 1.500 pacientes hospitalizados, normalmente abandonados no pátio do hospital. Os ateliês atraíam, para seus setores, pessoas com uma experiência cotidiana de uma vida vazia e sem sentido. Era o início de uma luta por uma série de transformações no ambiente hospitalar e nas formas de tratamento dos pacientes.

O acompanhamento dos ateliês de pintura e modelagem proporcionou a Nise uma maior compreensão do dinamismo psíquico presente na loucura e, também, reflexões constantes sobre as condições do tratamento psiquiátrico e da hospitalização. As dificuldades encontradas a conduziram a estudos apaixonantes, muitas vezes articulados a outros campos do conhecimento, como a arte, a psicologia, a mitologia e a literatura. Para ela, "a criatividade é o catalisador por excelência das aproximações de opostos. Por seu intermédio, sensações, emoções, pensamentos, são levados a reconhecerem-se entre si, a associarem-se, e mesmo tumultos internos adquirem forma" (SILVEIRA, 1981, p.11).

Assim, os trabalhos produzidos nos ateliês e suas exposições eram também armas de combate ao manicômio e ao tratamento psiquiátrico hegemônico, aliadas na luta pela transformação cultural de certa concepção de loucura e de enlouquecimento.

O interesse de Nise da Silveira era o de encontrar a pessoa, estabelecer com ela algum tipo de relação, abrir-lhe espaço para que ele pudesse dizer a sua verdade. Para a autora: "todas as atividades são expressivas. A questão é saber observar como o indivíduo as executa. A maneira como ele empunha o martelo ou a serra, bate o tear, ou, mesmo, parte uma linha de costura, podem exprimir muito" (SILVEIRA, 2006, p. 140). Essa ênfase no caráter expressivo das atividades talvez tenha sido o traço que a tenha levado a se aproximar da arte.

A investigação da incansável trajetória do homem em busca do seu mito. Com esses estudos, Nise apresentou uma compreensão da psique como um sistema vivo, com um dinamismo próprio, que se organiza e se direciona para a cura e para a saúde. Além disso, criou, ainda, um método para a leitura das imagens que emergiam na produção artística dos pacientes que participavam dos ateliês de pintura e modelagem do Setor de Terapia Ocupacional do Engenho de Dentro.

O que Nise propôs em um percurso que vai do psíquico ao artístico não é apenas uma leitura arquetípica das produções artísticas, embora ela seja predominante, mas também uma leitura do psíquico por meio de seus "inumeráveis estados do ser":

> Há muitos anos, folheando ao acaso numa livraria revistas de arte deparei, numa delas comentários sobre a pintura do surrealista Victor Brauner, com a citação destas palavras de Antonin Artaud: 'O ser tem estados inumeráveis e cada vez mais perigosos'. Pareceu-me que Artaud se referia a certos acontecimentos terríveis que podem ocorrer na profundeza da psique, avassalando o ser inteiro. Descarrilamentos da direção lógica do pensar; desmembramentos e metamorfoses do corpo; perda dos limites da própria personalidade; estreitamentos angustiantes ou amplificações do espaço; caos; vazio; e muitas mais condições subjetivamente vividas que a pintura dos internos de Engenho de Dentro tornavam visíveis (SILVEIRA, 1986, p. 5).

Como vimos, Nise da Silveira resistiu a várias formas de opressão, constituindo um exemplo de luta pelos direitos humanos e pela liberdade. A ousada posição de Nise, contrária ao pensamento vigente, baseava-se na sua obstinada busca da pessoa "por baixo" da patologia. Coerentemente, todo seu trabalho enfatiza o relacionamento afetivo com as pessoas, toda a sua pesquisa visa descobrir o melhor caminho para encontrar o outro. Ao longo de sua narrativa, percebemos sua inteligência, seu embasamento teórico e, principalmente, o uso revolucionário do afeto:

> Nise utilizou o conceito de afeto de Spinoza, como um afeto que seria produzido por um bom encontro, e o associou à ideia de um disparador do processo de cura – tomando a ideia de catalisador da química, ou seja, substâncias cuja presença acelera a velocidade das reações. Acreditava que o processo terapêutico deveria ser acompanhado de forma adequada, cuidadosa e atenta, com a presença e sensibilidade humana para perceber e observar as expressões e manifestações dos pacientes, fundamentais para dar continência às experiências, para não apressar as coisas e para estimular processos de criação, que só poderiam se desenvolver se, no ambiente em que o paciente vivesse, ele encontrasse o suporte do afeto (CASTRO; LIMA, 2007, p. 372).

Nise da Silveira lutou durante décadas contra métodos que considerava agressivos, típicos das práticas manicomiais, e que ainda permanecem em uso, como o eletrochoque (principalmente nas instituições de ensino de psiquiatria), ou que voltaram a ser utilizados, como a lobotomia, que ressurgiu em hospitais psiquiátricos de Goiás. Esse retorno da prática da lobotomia encontra respaldo no mecanicismo que se manteve como base para as práticas psiquiátricas no momento em que se processou a mudança de tratamento a partir do advento das medicações psicotrópicas. Dessa forma, vemos configurar-se, no campo da saúde mental, uma alternância entre as práticas manicomiais e as antimanicomiais, ou seja, trata-se da instauração da psiquiatria alternativa (MELLO, 2007).

Mas o movimento de Nise da Silveira não se restringiu à formação de um espaço de criação, expressão e afeto dentro do manicômio. O serviço de terapia ocupacional ampliou-se e ganhou uma área considerável dentro do hospital psiquiátrico. Do ateliê de pintura e desenho não parava de sair produções das atividades incessantes dos internos que ali frenquetavam.

Em 1952, foi inaugurado o Museu de Imagens do Inconsciente que passou a guardar, divulgar e promover o estudo das obras produzidas nos ateliês do hospital. Suas exposições foram vistas em diferentes partes do Brasil e da Europa e marcaram o encontro definitivo de Nise da Silveira com a psicologia analítica de Carl Jung (JÚNIOR, 2008).

O museu foi se firmando cada vez mais como um centro de estudo. A partir de 1958, uma ou duas exposições eram organizadas por ano, focalizando a evolução de casos clínicos através da pintura e da modelagem. Em 1968 foi criado o Grupo de Estudos do Museu de Imagens do Inconsciente com caráter interdisciplinar, sendo frequentado por estudantes e profissionais de diferentes áreas do conhecimento. No hospício, *lócus* da exclusão, construiu-se um espaço de debate, diálogo, apreciação e valorização das obras produzidas por loucos e loucas internados. Em 2002, o Museu completou cinquenta anos e com o crescimento da utilização de atividades expressivas na área de saúde mental, e cada vez mais solicitado a divulgar seus métodos de tratamento e pesquisa (JÚNIOR, 2008, p. 38- 43).

Nise ainda seguiria mais longe em seu movimento antimanicomial. Ao se aposentar, iniciou um processo de construção de mais um espaço. Dessa vez o sentido do seu movimento se dirigia para bem longe do manicômio:

> Desde muitos anos nos preocupava o fato de serem tão numerosas as reinternações nos nossos hospitais do Centro Psiquiátrico [...] Durante vários anos pensei quanto seria útil um setor do hospital, ou uma instituição, que funcionasse como espécie de ponte entre o hospital e a vida na sociedade (GULLAR, 1996, p. 66).

Nessa direção, Nise da Silveira, em 1956, criou, juntamente com amigos e apoiadores, a Casa das Palmeiras. Pioneira na América Latina, a instituição passou a um pequeno território livre, onde terapeutas e usuários podiam viver a emoção de lidar:

> Representava a casa um degrau intermediário entre a rotina do sistema psiquiátrico, desindividualizada, e a vida na sociedade e na família, com seus inevitáveis e múltiplos problemas, onde a aceitação do egresso não se faz sem dificuldades.
>
> Rótulos diagnósticos são, para nós, de significação menos, e não nos acostumamos fazer esforços para estabelecê-los de acordo com classificações clássicas (GULLAR, 1986 p. 80).

Tal qual o Museu de Imagens do Inconsciente, a Casa das Palmeiras se mantém viva e operante oferecendo apoio e espaço acolhedor a inúmeras pessoas que transitam juntamente com Nise da Silveira, seus amigos, admiradores e aprendizes da clausura do manicômio à liberdade em sociedade (FERREIRA, 2008, p. 62-67). Esse caminhar se põe em movimento na negação da violência e da reclusão da prisão-manicômio, na rebeldia de buscar, estudar e criar vias alternativas para o encontro e cuidado do outro que sofre, e na construção de espaços, pontes e comunidades onde o afeto seja a ligação entre as pessoas.

Por promover essas transformações e criações, Nise da Silveira se tornou representante do movimento antimanicomial quando revela, em sua vida e trabalho, enquanto mulher,

médica e psiquiatra, que se dedicou à terapia ocupacional e de forma revolucionária modificou os métodos psiquiátricos utilizados no Brasil durante o século XX. Às vezes esquecida nas versões e narrativas históricas da reforma psiquiátrica brasileira, Nise é inegavelmente representante do movimento antimanicomial num momento histórico anterior à sua primeira organização como movimento social (LIMA; SILVA, 2014; PEREIRA, 2017).

Tendo iniciado sua luta dentro dos manicômios, Nise da Silveira representa os muitos homens e mulheres, profissionais de saúde, que, juntamente como loucos e loucas, negaram-se e se opuseram à violência da psiquiatria e ao enclausuramento manicomial. Seguiram e seguem em direção à sociedade, e vão se integrar ainda mais fortemente nas diversas comunidades que se ergueram como territórios de liberdade, compondo os primeiros trajetos para "o fora da loucura" do movimento antimanicomial latino-americano.

## 2.3 **O subsolo político e o fermento comunista na psicanálise argentina**

As décadas de 1930 e 1940 marcaram profundamente a história da Argentina. Desde esses anos o país viveu uma longa sequência de períodos políticos arbitrários e conservadores, intercalados por curtos períodos de democracia e reconstrução política. Essa alternância se manteve até final dos anos de 1980 com muitas consequências econômicas e sociais para a sociedade argentina. A população se expandiu entre as décadas de 1930 e 1940 e então passou a declinar, em função principalmente do fim da migração europeia em massa e de uma intensa migração interna, à medida que a migração do campo e das províncias se acelerava durante essas décadas (ROCK, 2018).

A partir de 1939, com o início da segunda guerra mundial, uma crise nas relações internacionais e na política econômica passou a influenciar os rumos políticos do país, que, desde 1940, teve a base da política conservadora reduzida e minada com a intensa urbanização e a forte migração interna que modificou radicalmente a distribuição física das ocupações de uma parte substancial da população. Assim, o centro político até então constituído pelos líderes ruralistas das províncias agro exportadoras se deslocou para os setores da produção urbana, na qual os sindicatos alcançaram um elevado grau de participação e definição do destino da Argentina.

Dessa forma, a década de 1940 marca o momento em que a revolução entrou na agenda da Argentina. Um golpe militar em 1943 desencadeou a Revolução Nacionalista, marcando um afastamento do país de alianças e pactos liderados pelos Estados Unidos e uma

convergência interna das forças populares, do exército e de diversas facções políticas. O período de 1943 a 1946 assinalou a ascensão de Juan Domingo Perón, culminando na sua eleição como presidente com o apoio do recém-criado movimento de massas da classe operária. Os “peronistas” assumiram o poder com um programa de industrialização e reforma social. A vitória de Perón representou uma profunda mudança na história política, econômica e cultural da Argentina, na medida em que promoveu uma guinada e lançou bases para uma participação intensa dos trabalhadores, por meio dos sindicatos e de grandes seções sindicais na política nacional (ROCK,*2008*, p. 72-94).

Com o apoio do exército e da igreja, aliado à lealdade de uma massa popular logo reunida sob sua liderança centralizada, o governo de Perón estabeleceu bases seguras, um terreno político que perdura nas relações políticas argentinas até hoje:

> Essa combinação de intervenção estatal, justiça social e economia voltada para o mercado interno não foi uma experiência isolada na América Latina nos anos de 1940. É verdade que o caso argentino, caracterizado por um rígido mercado trabalhista interno e por um movimento sindical muito ativo, o viés igualitário era mais acentuado do que em outros países da região. (TORRE; RIZ, 2018, p. 101).
>
> Esses anos imprimiram na memória coletiva um perfil duradouro do peronismo nas relações politicas e econômicas na Argentina (TORRE; RIZ, 2018, p.103).

Desse solo surgiram inúmeros movimentos políticos que integraram e desintegraram governos até 1966, quando um golpe militar mudaria mais uma vez a história da Argentina, marcando-a com violência, autoritarismo e assassínio. Mas será também desse solo que brotará um importante componente do movimento antimanicomial latino-americano. Brotaria mais exatamente do subsolo político argentino, um poderoso questionamento político cultural por meio da constituição da psicologia comunitária e social encapadas por José Bleger, Marie Lane e Henrique Pichón-Rivière. Enquanto o solo político argentino ardia com o avanço nacionalista do peronismo, no subsolo se teciam relações entre revolta popular e crise na organização oficial da psicanálise. Mais precisamente uma trama entre psicanálise e marxismo (BLEGER, 1973).

A Associação Psicanalítica Argentina (APA) havia sido criada em 1942 por um pequeno círculo de médicos profundamente interessados na obra de Freud a partir de uma perspectiva clínica e terapêutica. Entre eles destacava-se Ángel Garma, emigrado espanhol, que fizera sua formação psicanalítica na Alemanha e era membro da Associação Psicanalítica Internacional (IPA, na sigla em inglês). No grupo inicial estavam também duas figuras que cumpriram o papel mais destacado no deslocamento da disciplina freudiana do campo médico para o campo social: Enrique Pichon Rivière, no domínio da psiquiatria em suas relações com

a psicologia; e Arnaldo Rascovsky, no âmbito da pediatria e da clínica de crianças. Marie Langer, emigrada vienense, e Celes Cárcamo, um argentino que havia se formado em Paris, completavam o círculo original (CARPINTERO; VAINER, 2004).

A nova Associação foi imediatamente reconhecida por Ernest Jones, então presidente da IPA, ainda que devesse esperar o Congresso Internacional de Zurich, em 1949, o primeiro realizado depois da guerra, para alcançar um reconhecimento definitivo. Foi a primeira associação psicanalítica latino-americana admitida na organização e sua Revista de *Psicoanálisis*, criada a partir de 1943, foi a primeira publicação periódica da disciplina em língua espanhola (BLEGER, 1973).

A APA havia nascido como uma entidade que propunha, seguindo o modelo da IPA e o comando de Freud, nuclear e ao mesmo tempo certificar os praticantes da disciplina. Havia alcançado certa consolidação e um moderado crescimento durante o primeiro peronismo, a partir, sobretudo, das relações com o dispositivo médico e psiquiátrico. Um primeiro grupo de pacientes desenvolvera-se pela própria dinâmica da formação (que obrigava os candidatos a começar sua análise) e pelas recomendações dos iniciados nessa experiência. Um traço dominante dessa primeira implantação, até os anos de 1960, havia sido a omissão de qualquer pronunciamento sobre a cena política e os problemas da sociedade:

> A APA ajustava-se ao modelo e configurava-se como uma bolha separada e alheia ao campo político sob o primeiro peronismo, que se havia mostrado muito pouco acolhedor das ideias freudianas tanto na universidade como no dispositivo psiquiátrico. Indubitavelmente, a maioria das primeiras figuras da psicanálise compartilhava uma opinião de oposição, que era a das classes médias intelectuais, mas a instituição não se pronunciava sobre programas ou medidas de governo (VEZZETTI, 2009, p. 63).

Nada mudou na instituição com a queda de Perón, em 1955. Mas, em 1966, o golpe militar é mencionado na revista da APA como a “mudança de circunstância” e, em poucos anos, de 1966 ao final da década, cai essa denegação da política, ao menos para alguns, e tem lugar uma escalada de radicalização que chega à ruptura e estende seus efeitos a esse círculo psicanalítico cada vez mais em contato com a agitação contestatória que percorria toda a sociedade argentina. Essa mudança foi não somente em função do recrudescimento das relações políticas no país, mas também uma construção coletiva daqueles que não negaram o papel político dos processos subjetivos relevados na psicanálise:

> *Asimismo, hay que agregar que varios de los fundadores de la APA tenían em historial político poco beneficioso para pretender instituir la psicanalise fuera de los cenáculos mencionados. Ángel Garma era em republicano exiliado, Marie Langer había militado en el Partido Comunista Suizo, y Pichon Rivière era em declarado simpatizante socialista* (PONZA, 2011. P. 2).

Ou seja, havia um subsolo político e um fermento comunista na psicanálise argentina que propiciaram o surgimento de um movimento de analistas politizados que consideravam impossível retirar-se do complexo contexto político da época e, em geral, mostrando uma propensão a promover, a partir da prática profissional, uma transformação radical da sociedade.

Maria de Lourdes Teodoro (2015) produziu uma importante resenha sobre a vida e as obras de Marie Langer, psicanalista alemã que se radicou na Argentina, a partir de 1942, e que desenvolveu sua clínica tendo permanecido como membro da APA durante 29 anos. Nascida no seio de uma família burguesa, judaica e assimilada, sua infância – como a de toda sua geração – foi marcada pela guerra e pela queda do império austro-húngaro. Na adolescência, começou a ler Marx e Freud, sob a influência da diretora de sua escola. No início da década de 1930, Marie casou-se, iniciou os estudos de Medicina, divorciou-se e aderiu ao Partido Comunista Austríaco, que foi logo depois decretado ilegal, como todos os partidos de esquerda. O banimento dos partidos de oposição traria sérias consequências na vida dos psicanalistas em formação na Sociedade Psicanalítica de Viena, engajados politicamente.

Obrigada a se exilar por causa do nazismo, em 1936, emigrou para a Espanha onde trabalhou nas Brigadas Internacionais como médica anestesista. No *front*, conheceu Max Langer, seu segundo marido, e juntos partiram para o Uruguai e logo depois para a Argentina. Para evitar conflitos vivendo na Argentina, separou sua prática clínica de sua atividade política e somente a Pichon-Rivière confidenciou a sua ligação com o Partido Comunista Argentino. Na APA, Marie Langer foi supervisora, diretora de seminários, secretária, membro da comissão de ensino, presidente e diretora da Clínica Psicanalítica Enrique Racker. Lecionou no instituto e foi psicanalista didata durante 29 anos. Foi membro fundador da Sociedade de Medicina Psicossomática de Buenos Aires e da Associação Argentina de Psicoterapia de Grupo, tema ao qual dedicou grande parte de sua pesquisa.

Marie Langer manifestava o desejo de que a psicanálise estivesse no centro das transformações sociais do século e não se limitasse a reproduzir gerações de terapeutas conformistas. Além de tenaz defensora da psicanálise, foi também defensora do marxismo e do feminismo. Lutou durante toda sua vida contra o fascismo e a esclerose do freudismo ortodoxo, conservando ao mesmo tempo suas qualidades de clínica. Assim como Wilhelm Reich, Marie Langer considerava o freudismo e o marxismo como duas possibilidades para a libertação do homem. O freudismo, ou a psicanálise, transformaria o sujeito por via da

exploração do inconsciente e o marxismo transformaria a sociedade pela luta coletiva em busca de justiça social:

> Repito, éramos e grupo selecto, culto, inquieto, de buena voluntad. Trabajamos mucho y ganábamos muy bien. Tratábamos a gente como nosotros. Les enseñábamos a través de las interpretaciones, a resolver em suma rapidez sus problemas económicos, y más lentamente por cierto, sus dificultades sexuales. Pero igualmente reprimida en el fondo, sufríamos de mala conciencia. Frente a ésta, como frente a cualquier represión, se ponen em marcha, diferentes mecanismos de defensa y surgen transacciones y alianzas corruptas. La lectura ideológica de los diferentes temas de investigación de la APA, nos permite ubicar los mecanismos que definieron las consignas de los grupos em lucha. (LANGER, 1974, p. 10)

Enrique Pichon Rivière foi um suíço, nascido em Genebra no começo do século, em 25 de junho de 1907. Imigra para a Argentina com sua família em 1910, quando tem apenas três anos. Como estudante de Medicina, problematiza seu saber a partir das modernas concepções sobre o psicossomático. Estudando psiquiatria, nela inclui todos os desafios da psiquiatria dinâmica, sendo que, como psiquiatra, articula todos os desenvolvimentos da psicanálise e, como psicanalista, convida seus colegas a trabalhar no hospital, no hospício, com a psicose, e assim por diante. Aos dezenove anos, em 1926, chegou a Buenos Aires, capital da Argentina, proveniente de Corrientes, província onde vivia.

Como profissional, foi pioneiro absoluto na introdução da psicanálise no campo “psi” argentino da psiquiatria dinâmica. Possibilitou a psicanálise de crianças, da psicose; a investigação de enfermidades psicossomáticas; a psicanálise de grupo; a análise institucional; o trabalho comunitário. Enrique Pichon Rivière foi muito mais do que um profissional especializado. Sua atividade pioneira e sua produção teórica influenciaram o pensamento científico e cultural da Argentina. Sendo psiquiatra e psicanalista no hospício de Las Mercedes de Buenos Aires, Henrique Pichon Rivière descobriu que podia encontrar o código, o sentido dos delírios e os sintomas psicóticos de seus pacientes na estrutura familiar, ou seja, que a chave das significações específicas desse paciente pertence à família, essa estrutura que transcende a individualidade e que tem efeitos constitutivos sobre a mesma (JARDON, 2011).

Enrique Pichon Rivière descobriu um novo campo de indagação, conceitualização e intervenção que transcende o discurso do paciente. Propõe a passagem da psicanálise à psicologia social. Para ele, os conceitos teóricos são conceitos instrumentais para apreender a realidade e sobre ela intervir. Isso o leva a propor que, para além do campo específico da psicanálise, está a psicologia social como âmbito de indagação dessas tramas vinculares que, transcendendo a subjetividade, cria condições para a sua própria produção:

> Durante anos, as ciências pretensamente chamadas “do espirito” negaram o homem total, fragmentando – o em sua estrutura e destruindo sua identidade. Assim nasceu uma psicologia dissociante e despersonalizada para qual a mente se dispersa em compartimentos estanques. Em decorrência dessa divisão, o psicólogo não se deu conta do problema da ação; trabalha-se com a imagem de um homem estático e isolado de seu ambiente social. Dessa forma, ficaram à margem da análise seus vínculos com o meio em que vivia submerso. Pesquisadores mais corajosos atreveram-se a romper com as normas vigentes e, tomando como ponto de partida situações concretas e vivenciadas no cotidiano – uma partida de futebol, por exemplo -, situaram o acontecer psicológico numa nova dimensão: o social. [...] A velha oposição entre individuo e sociedade resolve-se, portanto, nesse nono campo – o da psicologia social – no qual só existe o homem em situação.
>
> A psicologia social esforça-se por salvar em cada homem esse conflito que o desgarra internamente, capacitando-o para integrar sua individualidade, sua mesmidade a esse mundo social ao qual pertence e habita. (PICHON-RIVIÈRE, 1998, p. 2-3).

O questionamento à psicologia acadêmica pela formação em psicologia social pichoniana de modo algum era um argumento exclusivo desse psicólogo sendo, ao contrário, frequente entre os psicanalistas argentinos. José Bleger, por exemplo, ao inaugurar a primeira cátedra de Psicanálise na Universidade do Litoral (antes dessa tornar-se Universidade de La Plata), propôs reconsiderar alguns problemas da psicologia acadêmica, como o da atenção, memória, juízo etc. Desde já, a psicologia acadêmica era uma caracterização que cobria diferentes significados: psicologia como conhecimento humanístico ou desvinculado da prática, psicologia entendida como versão bibliográfica, informação teórica oposta à aplicação do conhecimento ou ao exercício de um ofício, como diferenciada de uma formação profissional (KLAPPENBACH, 2012).

José Bleger nasceu na cidade de Ceres, província de Santa Fé, em 1922, em uma família de agricultores judeus, estudou Medicina na cidade de Rosário. Mudou-se para a cidade de La Banda, em Santiago del Estero. Depois de terminar seus estudos médicos na cidade de Rosário, mudou-se para La Banda entre os anos de 1945 e 1947. Em 1954, instalou-se em Buenos Aires e ingressou na APA, lá ele se encontrou e trabalhou com Enrique Pichón Rivière e mais tarde com Marie Langer (MUSSI, 2013.). Filiado e expulso do partido comunista argentino, devemos a Bleger uma integração profunda do pensamento marxista à psicanálise:

> O conhecimento adquirido de um objeto é, ao mesmo tempo, unicamente uma conduta do ser humano. Quando se trabalha um objeto, não apenas o objeto está sendo modificado, mas também o sujeito, e vice-versa, e as duas coisas ocorrem ao mesmo tempo. Não se pode operar além das possibilidades reais do objeto, mas tampouco além das possibilidades reais e momentâneas do sujeito; e as possibilidades psicológicas do sujeito são tão reais e objetivas como as do objeto. (BLEGER, 1980, p. 62).

Pichon Riviere, Bleger e Langer foram as cabeças de novas experiências teórico-práticas que habilitaram a intervenção da psicanálise para além da terapia. Como intelectuais, professores e militantes criaram novos diálogos das normalizações da psicanálise, como da prática médica e da política. Como cabeças construíram o processo de ruptura e radicalização no campo da saúde mental nos anos de 1960 na Argentina, pondo em questão a própria instituição da psicanálise (ALBERDI, 2003. p.176 – 183).

No entanto, o que vai unir essas três pessoas a outras tantas que produziram um movimento político questionador e transformador será um acontecimento social marcante da história da Argentina. Maio de 1968 serviria como estopim para muitos movimentos de contestação e, na Argentina, o cenário não foi diferente. Toda a agitação universitária, exacerbada pelas intervenções do governo golpista culminou em enfrentamentos desse com estudantes e operários:

> Em março de 1969, em protesto contra as autoridades universitárias, estudantes da cidade de Corrientes tomaram as ruas, e no dia 15 um deles foi morto pela polícia. O protesto se estendeu para o resto das universidades, particularmente em Rosário, onde outro estudante morreu e a cidade foi palco de uma vasta revolta popular. O governador de Córdoba de novo pretexto aos tumultos cancelando alguns benefícios desfrutados pelos trabalhadores de sua província. Em 15 de maio houve violentos confrontos com a polícia e no dia seguinte foi declarada uma greve geral. Poucos dias mais tarde deu – se evento que seria chamado *el cordobazo*, quando estudantes e trabalhadores ocuparam a cidade e protagonizaram a maior revolta popular da Argentina. (ROCK, 2018, p. 159-160).

O *cordobazo* promoveu a união e a transformação das bases políticas na Argentina, na medida em que revelou uma possiblidade real de revolução no país, mas também porque produziu a união e a força de diferentes grupos, pessoas e profissionais em um processo de luta, no qual o objetivo transcendia os limites dos papéis, das classes:

> Como disse antes, nós nos despertamos, como instituição, a partir do Cordobazo.[...]
>
> Foi assim: a maioria de nós, membros da APA, era também, ainda que só formalmente, membro da Federação Argentina de Psiquiatras. Mas um pouco antes do Cordobazo, alguns de nós assumiram um papel ativo na federação. Houve uma greve geral. A federação distribuía os volantes que marcaram posições diante da greve em todos os locais em que trabalham ou se formas os psiquiatras. E, portanto, na APA também. Ou melhor, primeiramente na APA, uma vez que a APA era a casa, enquanto que a federação o organismo gremial, cientifico e político, era quase circunstancial. Estávamos ali porque nos fascinou haver descoberto um campo, um locus politicus, como culturalmente o chamávamos, onde era possível aprender num curso rápido o que nos faltara durante tanto tempo. Ali pudemos adquirir, nós, os psicanalistas de alta categoria, "cancha" num sentido político. Quando distribuímos nosso volante na APA, a APA reagiu mal. Nosso presidente da federação recebeu uma carta indignada e aberta de nosso presidente da APA que, em nome da "população da APA" nos proibia terminantemente... Respondemos. Iniciou-se assim um epistolário. A Plataforma Argentina adquiriu novos brios e praticamente independentizou suas propostas da APA. Formou-se um núcleo de dissidentes dentro da APA, chamado grupo Documento, uma vez que questionava através de

> documentos e atitudes a estrutura vertical de poder na instituição e o monopólio dos analistas didáticos. Além disso, pôs em dúvida as regras do jogo vigente na APA e, pela primeira vez em decênios, uma comissão dirigente não foi eleita por unanimidade, e teve até votos contra. E assim prosseguimos. (LANGER, 1973. P. 11).

O *Cordobazo* havia operado como despertador de uma consciência social e política que permanecia, na percepção de seus próprios atores, adormecida. É fácil remeter essa correspondência às mudanças no clima político coletivo: 1969 aparecia como o marco de um novo ciclo que acabava de fechar o período aberto em fins dos anos de 1950. Nele se conjugava o impacto convulsivo do conflito social de massas com a função imaginária das lutas, sobretudo estudantis, que se estendiam pelo mundo:

> Para quem questionamos? Para todos os que se incluam neste processo e estejam capacitados e dispostos a seguirem trabalhando a fim de desenvolver, até suas últimas consequências, todas possibilidades de aplicação da psicanálise na luta por uma nova sociedade e pela criação do homem novo. (LANGER, 1973, p. 13).

A disposição anti-institucional estava na sensibilidade da época, mas não necessariamente devia conduzir ao cisma: Pichon Rivière, Bleger e Langer haviam mostrado que era possível trabalhar fora da APA, como um trabalho voltado à sociedade, sem necessidade de romper com a organização. Para que se instalasse o ânimo de ruptura seria necessário que a razão política, sob a forma dominante de uma vontade revolucionária, impusesse a lógica da guerra sobre os conflitos no setor.

Ainda sob os efeitos de Maio de 68 e do *Cordobazo*, realizou-se em Roma, em julho de 1969, o XXVI Congresso Internacional da IPA, cujo tema central era “Protesto e Revolução”. Um grupo de candidatos às associações psicanalíticas organizou um Contracongresso denunciando o elitismo e a despolitização da psicanálise. Ao final elaboraram um documento com denúncias e proposições para a psicanálise em todo o mundo. Por seu caráter mundial chamaram o grupo de Plataforma Internacional, que, trazida à Argentina por Hernán Kesselman e Armando Bauleo, juntamente com Pichón-Riviere, Bleger e Langer (além de outras quinze pessoas) fundaram o grupo Plataforma Argentina. Na mesma ocasião surgia, dentro da APA, outro movimento contestador, com posições similares às de Plataforma, conhecido como Grupo Documento. Embora o conjunto de reivindicações fosse mais internas que o de Plataforma, o certo é que ambos os movimentos tinham muitas posições em comum (FERNANDES et al., 2012).

Em julho de 1971, ocorreu novo Congresso da IPA, em Viena. Como em 1969, institui-se outro Contracongresso, fomentado pela Plataforma Internacional, sob o tema “A teoria e a prática psicanalítica à luz dos diferentes caminhos em direção ao socialismo”. Se as

relações de Plataforma Argentina com a APA mostravam sinais de irreversível desgaste, a situação de Plataforma Internacional era igualmente crítica:

> Para muitos candidatos que participavam ativamente da vida institucional e cultural —engajados em serviços hospitalares e em centros de saúde—, o elitismo da associação não se coadunava com o sempre propalado "caráter revolucionário" da doutrina freudiana. Sob a orientação de mestres afinados com igual pensamento, trabalhavam em colaboração com o emergente sindicalismo de base, ou estudavam a relação entre a psicanálise e o marxismo, articulação valorizada pela militância política externa aos partidos tradicionais da esquerda argentina. Definiam-se, neste sentido, tanto como trabalhadores de saúde mental quanto como psicanalistas. (FERNANDES et al, p. 144)

> No retorno de Viena, o Plataforma Argentino prepara a ruptura com a APA e apresenta sua renúncia sem consultar previamente os membros de Documento. Por seu turno, poucos dias depois também Documento renuncia, pois sequer reformas parciais poderiam mais ser obtidas, tendo-se perdido os votos de Plataforma11. A luta política continuava agora, mais do que nunca, direcionada para a FAP, a cuja presidência Marie Langer ascendeu pouco tempo depois. Criou-se a Coordenadoria de Trabalhadores de Saúde Mental (CTSM) —formada pela reunião de Associação de Psicólogos, FAP, Associação de Assistentes Sociais e de Psicopedagogos—, cujo objetivo era ampliar, de forma conjunta, a luta político–sindical. Em seguida, o grupo Documento apresenta a proposta de criação do Centro de Docência e Investigação (CDI) dentro da CTSM, objetivando ministrar uma formação psicanalítica alternativa ao modelo da APA a todos os trabalhadores de saúde mental. O CDI foi efetivamente ativado em meados de 1972 (FERNANDES et al, p. 147)

Como se viu, foi o *Cordobazo*, além de toda a agitação e movimentos gerados a partir de Maio de 1968, que penetra e altera o sistema de relações nas instituições. Mas dado que a revolta em Córdoba se erigia simultaneamente em emblema e marca unificante no discurso e nas ações da nova esquerda, como consequência, no mesmo movimento em que o núcleo psicanalítico dissidente buscava afiliar-se ao movimento político de massas enfrentava o risco de relegar o objeto e a razão de sua disciplina.

O período 1971–1973 foi marcado pelas mudanças e rupturas institucionais promovidas pelos integrantes de Plataforma e Documento. Além da criação da CTSM, do CDI e da emergência efetiva da categoria de "trabalhadores em Saúde Mental", foram lançadas duas coletâneas de artigos escritos pelos contestadores, chamadas Questionamos.

A partir de 1974, agentes da repressão estatal e paraestatal passaram a perseguir membros de Plataforma e Documento. O processo de endurecimento político culmina no golpe militar de 1976. As conquistas de Plataforma e Documento caem por terra, tornando-se extremamente arriscado falar em mudanças. O fantasma da luta total impunha sua lógica por cima das diferenças na natureza dos conflitos (teóricos, políticos, institucionais, de formação), que convergiam para o campo psicanalítico e se encarnavam no significante que apontaria

para a restituição de uma identidade político-social forjada nas lutas e resistências contra o regime: os trabalhadores da saúde mental (VEZZETTI, 2009).

Se, desde as primeiras rupturas, o movimento antimanicomial latino-americano se forjou em estreita relação com crises e revoltas populares, foi na Argentina que a psicanálise seria convocada a se engajar na luta social e transformada em solo fértil para a construção de plataformas que serviram de conexão entre os diferentes trabalhadores da saúde mental na América Latina.

## 2.4 **Gregório Baremblitt e a explosão antimanicomial**

Ao final dos anos de 1960, aconteceu a eclosão da turbulência mundial representada pelas manifestações de Maio de 1968, em Paris, na França. jovens, na maioria estudantes, desencadearam uma onda de protestos em todo o mundo, sintetizável na formulação de um desejo: mudar o mundo! (ZAPPA; SOTO, 2018). Assembleias, passeatas, *slogans* e barricadas selaram alianças entre estudantes, intelectuais, artistas e trabalhadores para contestar a autoridade em toda a parte.

Um olhar rápido sobre os acontecimentos de Maio de 1968 na França mostra-nos que ele se ampliou rapidamente das demandas estudantis para as demandas dos trabalhadores e acolheu, concomitantemente, as bandeiras de outros protestos que estavam ocorrendo no mundo todo:

> Sem pretensão de esgotar a relação dos eventos ocorridos em vários contextos e em diversos lugares ao longo do ano de 1968, pode-se dizer que estes são momentos históricos constituintes do acontecimento de Maio 68. Ele está presente em janeiro, na invasão da universidade de Madrid pela polícia. Em fevereiro, nas passeatas estudantis e manifestações de protesto contra a censura nos teatros do Brasil. Em março, no fechamento da universidade de Roma; no assassinato de um estudante pela polícia, o qual foi seguido da ocupação da Assembleia Legislativa pelos estudantes e a suspensão de espetáculos nos teatros; no enterro do estudante e a passeata de sessenta mil pessoas no Brasil nos dez mil manifestantes e Londres contra a guerra do Vietnã. Em abril, nas passeatas em protesto contra o aniversário do golpe militar de 1964 no Brasil; no assassinato de Martin Luther King nos Estados Unidos, seguido pelas revoltas e protestos dos negros com manifestações que reúnem mais de quarenta mil pessoas; nas manifestações contra a guerra no Vietnã nos Estados Unidos em momentos do ano; no atentado contra Rudi Duschke, líder da liga dos estudantes socialistas alemães, seguido de manifestações estudantis em várias cidades com dois mortos, duzentos feridos e mil presos; nas manifestações de estudantes e operários de Osasco, São Paulo, e na greve dos metalúrgicos em Contagem, Minas Gerais, quando 15 mil operários paralisam o trabalho por nove dias , no Brasil. (CARDOSO, 2018, p. 275-276).

O Maio francês foi caracterizado pela abrangência – movimento estudantil, greves operárias, artistas, intelectuais -, pelo fator surpresa de uma irrupção de enorme dimensão em

uma sociedade de estabilidade democrática (GOHN, 2014). Por isso, o Maio de 1968 marca uma historicidade nos diversos lugares onde ele irrompeu e passou a ser expressão da complexidade do momento histórico que aconteceu. Como questionamento da ordem, até os dias de hoje não se fecha em poucos sentidos:

> Na maioria das vezes, esses movimentos levam à instituição formal de certos direitos, liberdades e garantias sob as quais vivemos ainda. Em outros casos, sem nada instituir no sentido formal, eles deixam traços profundos na mentalidade e na vida efetiva das sociedades: foi, sem dúvidas, o caso da Comuna de Paris de 1871, foi, certamente, como lembrei acima, o caso dos movimentos dos anos de 1960 (CASTORIADIS, 2008, p. 242).

As explosões de 1968 e suas consequências podem ser interpretadas como um sintoma de como o sistema capitalista aproximou – se de uma assíntota histórica (ARRIGHI et al., 2012). Sua herança é polêmica, rica e se faz sentir até hoje, especialmente no questionamento das instituições e poderes constituídos em torno da loucura:

> Foi 1968 que permitiu a radicalização do combate contra a psiquiatria na França. Nesse momento, e nos primeiros anos que se seguiram ao movimento do 22 de março e a maio de 68, a ruptura é total. O discurso dos contestatários orienta-se em duas direções. Uma, esboçada, de fato, por Erving Goffman: o hospital é um campo de concentração, ele deve ser fechado. A outra, retomada e amplificada por David Cooper, lembra que somos todos loucos e que nossa adaptação resulta do compromisso com a sociedade. (LA HAYE, 2007, p. 107).

A radicalização do movimento antipsiquiátrico se expressa sobremaneira com a publicação de três importantes livros: “A história da loucura na idade clássica” (FOUCAULT, 2009), “A instituição negada” (BASAGLIA, 1985) e “O eu dividido” (LAING, 1975). Nesses e outros tantos que seguiram suas críticas, o discurso dos loucos era visto como denunciador de uma estrutura social excludente e opressora que tem na família um núcleo permanente, sendo a instituição psiquiátrica, seu saber e poder apenas aparatos repressivos de uma sociedade de controle.

Mesmo tendo surgido entre o fim da década de 1950 e início da década de 1960, a antipsiquiatria passou a ser muito relacionada aos movimentos da contracultura e da contestação da sociedade a partir de 1968. A antipsiquiatria ficou fortemente identificada como uma crítica e uma contestação radical ao saber e às instituições psiquiátricas:

> A primeira autêntica bomba lançada sobre as instituições psiquiátricas foi a antipsiquiatria. Para além de Chesnut Lodge, Rueil-Malmaison, Prangin, La Borde ou outras comunidades de Maxwell Jones, um turbilhão sopra sobre o manicômio e seus sectários. Na Inglaterra, ela é sobretudo lançada por David Cooper e Ronald Laing. Na Alemanha, é o Sozialistische Patientenkollektiv (SPK). Na Itália, encontramos Franco Basaglia e Giovanni Jervis. Na França, são Roger Gentis, Felix Guatarri, Robert Castel, Michel Fouacault – embora este último estivesse na retaguarda – e muitos outros países. Na Bélgica, é o Mony Elkaim; nos Estados Unidos, Thomas Szasz e Erving Goffman. Este movimento é internacional. É o

> primeiro autentico movimento revolucionário. Seu pensamento está em ruptura total com tudo o que foi previamente teorizado. Não apenas o hospital psiquiátrico é denunciado. Esse questionamento está inserido na contestação de toda sociedade. É o sistema capitalista que é criticado. (LA HAYE, 2007, p. 47).

De maneira geral, a antipsiquiatria em seus movimentos e grupos teve um papel histórico muito importante na denúncia da violência perpetrada pelo saber e pelas instituições psiquiátricas. Como movimento social, influenciou e influencia o movimento antimanicomial latino–americano de maneira intensa, de modo que, na Argentina e no Brasil, apesar dos inúmeros contrastes, resultaram em uma intensa trama de acontecimentos e pessoas que formaram o embrião de uma integração entre os dois países na luta antimanicomial (AMARANTE, 2007).

Na Argentina, a segunda metade da década de1960 começou sob o signo de tudo aquilo que será contestado pelo maio de 68. Em 1966, Arturo Ilha, o presidente eleito, é alvo de uma conspiração militar–sindical, sendo deposto pelas Forças Armadas. Instala-se a autodenominada “Revolução Argentina”, sob a presidência do general Juan Carlos Onganía, que, desde o início, exerceu violenta repressão sobre a universidade e os trabalhadores vinculados ao sindicalismo combativo (TORRE; RIZ, 2018, p. 153-168).

Mas, se no período até 1968, não houve visíveis movimentos e revoltas s, os meses de abril e maio de 1969 tornaram-se palco de inúmeros atos estudantis de protesto que somaram fortes mobilizações operárias. Partindo de Córdoba, as manifestações — *Cordobazo* — espalharam-se, atingindo Tucumán, Corrientes, Rosário e Buenos Aires. Foi, inclusive, decretada uma greve geral para no dia 30 de maio, aderida até pela tradicionalista APA, em repúdio à repressão exercida sobre estudantes e trabalhadores, que chegou a publicar uma nota discreta nos jornais e suspendendo por um dia suas atividades. Esse dia ficou conhecido como o dia em que os analistas estiveram em greve (KELSSEMAN, 1973, p. 246-250).

Em contraste, no Brasil o regime ditatorial do militares deflagrado em 1964 promulgou em 1968 o maior e mais abrangente ato de fechamento e repressão social – o AI 5 (DELGADO, 2008, p. 61-66).

Foi então na Argentina que a explosão antimanicomial liberada pelos movimentos da antipsiquiatria e de Maio de 1968 terá seus representantes mais diletos. Gregório Baremblitt e o grupo Plataforma Argentina promoveram um questionamento intenso que pode ser considerado como ponto de partida das forças antimanicomiais na América Latina, ao final da década de 1960. Tais questionamentos redundaram na formulação de críticas contundentes a elementos da ideologia burguesa presentes na psicanálise oficializada, culminando na criação

de uma comissão internacional encarregada de conectar grupos de trabalho em diferentes países. Elaborou-se, então, uma pauta de reivindicações, ou Plataforma, batizando assim o recém-criado movimento Plataforma Internacional (DUARTE el al., 2012).

Gregório Franklin Baremblitt nasceu na Argentina, graduou-se em Medicina em 1961 e se especializou em psiquiatria. Livre-docente em psiquiatria, pós-graduado em Sociologia, fez toda a sua formação na famosa escola de Psicologia Social de Enrique Pichon-Rivière. Ingressou na APA, tornando-se membro-candidato, tendo chegado até o quarto ano de formação, momento da grande ruptura. Gregório foi um dos participantes do momento instituinte e revolucionário no cenário das associações psicanalíticas; participou do Grupo Plataforma, da Argentina.

É dele o texto lido na assembleia da APA, em 1971 anunciando a ruptura de analistas do grupo Plataforma Argentina com a Associação. O citado grupo, além de articular a psicanálise a outros campos de conhecimento, começou a questionar o modelo burguês e elitista de formação na APA, problematizando as práticas institucionais do cotidiano, o conservadorismo, os altos custos para se tornar psicanalista etc. Passou a produzir literatura crítica e subversiva, característica de um pensamento insurgente da esquerda política. Baremblitt (1973) nesse momento também assume como referência a postura marxista na crítica à psicanálise instituída reproduzida pelas suas associações tradicionais:

> No caso da psicanálise o principal questionamento foi o que, ao reinvindicar a sexualidade infantil, a natureza instintiva construtivo-destrutiva da vida psíquica e a existencia do inconsciente, gerou conhecimentos cuja colocação em prática transformou a base conceitual de outras ciências, a hipocrisia nos costumes sexuais, questionou a religião, etc. Não colocou em dúvida, porem, nem em perigo importante, porque não as reconhecia (por suposto) como seu objeto, nem muito explicitamente em seu objeto, as relações de produção, a posse dos meios, as formas politicas que delas resultam e a maneira como se correlacionam estes conceitos e praticas com a estrutura da ciência e com o funcionamento, normal e patológico, da 'conduta' humana, embora também realizasse assitematicamente acréscimos, neste sentido.
>
> A crítica marxista é que pode contribuir com os autores para mostrar como a suposta ideologia da psicanálise de que todos devemos compartilhar requer, para 'continuar revolucionária', no sentido restrito em que pode sê-lo, um exame do que aquela teve e tem de ruptura e de compromisso com a sociedade real e a ideologia que a gerou, exame que deve ser feito a partir de um ponto de vista psicanalítico (intraciência), 84mergência84ica (discriminativo entre ideologia e ciência) e também a partir de um político e ideológico definidos não somente a partir de si mesmo, a partir de uma ideologia difusa nele implícita e formulada em termos de, por exemplo, 'busca da verdade' (BAREMBLITT, 1973, p. 172-173)

Ao sair da APA, o grupo Plataforma adotou um perfil mais interdisciplinar, intensificando a articulação da psicanálise com o marxismo, a análise institucional e outras correntes teóricas. Em 1973, Baremblitt introduziu a Esquizoanálise na Argentina, ao fundar

um grupo experimental que estudou a obra “O Anti-Édipo”, de Gilles Deleuze e Félix Guattari, em 1972.

A trajetória pessoal, intelectual e profissional de Baremblitt está intimamente relacionada às iniciativas e aos movimentos do qual participou. Foi sempre um sujeito de grupos, de coletivos e movimentos em toda a América Latina, especialmente nos países da América do Sul. Participante e fundador de inúmeras associações, dedicou sua vida ao fomento de formas mais potencializadas de vida, tanto no âmbito político, como clínico, culminando no seu invento mais potente, chamado de Esquizodrama (BAREMBLITT, 2014).

A partir de 1974, agentes da repressão estatal e paraestatal passam a perseguir membros de Plataforma e Documento. Comenta-se que nomes como Marie Langer, Armando Bauleo e Emilio Rodrigué, entre outros, estejam fazendo parte de “listas negras” (DUARTE el al., 2012, p.135). Mesmo nesse cenário adverso, Gregório fundou, em Buenos Aires, a Escola de Psicologia Freudiana e Socioanálise (EPFSO), assumindo, já no título da Associação, a extrapolação da psicanálise ao caminho da Análise Institucional. Ensinava também a Esquizoanálise. Entretanto, as ameaças de bomba veiculadas pelos aparatos de repressão assustaram a equipe e os participantes, forçando o encerramento da experiência (DUARTE el al., 2012, p.135).

A instauração da ditadura militar em 1976 acarretou uma repressão ainda mais intensa aos movimentos sociais, políticos, culturais e intelectuais no país. Com o recrudescimento da repressão pelos aparatos do Estado, muitos ex-plataformistas tiveram que sair para o exílio. Brasil, México, Itália, Espanha, etc. foram exemplos de países destino. Alguns dos companheiros, devido à sua militância política, sofreram a violência do Estado e estão desaparecidos até hoje. Em 1977, Baremblitt iniciou seu exílio no Brasil, fazendo parte do grupo de psicanalistas argentinos que migraram para exílio aqui durante a ditadura militar. Instalando-se primeiramente no Rio de Janeiro, rapidamente agregou-se a outros psicanalistas críticos brasileiros instaurando novas atividades e práticas em psicanálise.

Em 1978, organizou, com Chaim Samuel Katz e Luiz Fernando Mello Campos, o Congresso de Psicanálise, Grupos e Instituições. Entre os conferencistas, destacam-se referências mundiais da antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática Italiana, como Félix Guattari, Franco Basaglia, Robert Castel, E. Goffman, E. Rodrigué, S. Hite, T. Szasz, M. Langer, E. Pavlovsky, H. Kesselman, dentre outros. Logo em seguida ao Congresso, fundaram o Instituto Brasileiro de Psicanálise, Grupos e Instituições (IBRAPSI), no Rio de Janeiro. O período de sua vinda ao Brasil e trabalho com o IBRAPSI foi um momento em que

desenvolveu uma produção exuberante em Análise Institucional, tornando-se um dos principais pensadores do campo (HUR, 2014a, 2014b).

Heliana de Barros Conde Rodrigues resumiu da seguinte forma a explosão provocada por Gregório Baremblitt no Brasil:

> Gregório é um jacobino rio-platense, obsecado por transformar, em trabalhadores em Saúde Mental, os girondinos tupiniquins (ou "cariocas", afinal é tudo nome indígena...), que já então se dividem entre a causa da Revolução e a da Restauração dos privilégios (que deveria comportar, é claro, uma "adequada" divisão do trabalho e das vantagens financeiras entre velhos e novos profissionais). Os episódios que têm marcado a trajetória desse Robespierre entre os Dantons é razoavelmente conhecida: os bem-sucedidos grupos de estudo; a intervenção institucional no CESAC (Centro de Estudos de Antropologia Clínica); a criação do IBRAPSI, um instituto de formação em Psicanálise e Análise Institucional, sob o paradoxal regime de propriedade privada; a promoção do I Simpósio Internacional de Psicanálise, Grupos e Instituições; as polêmicas midiáticas com os representantes da Associação Brasileira de Psicanálise (destacando-se a com Leão Cabernite, analista didata de triste figura); a veloz expansão da Clínica Assistencial do IBRAPSI, que chegou a atender cerca de 500 pacientes por ano; a formação em massa, barata e aberta a todos os tipos de agentes de nível superior (RODRIGUES, 2012, p. 178-179)

Após a dissolução do IBRAPSI, Gregório estabeleceu residência na cidade de Belo Horizonte, em Minas Gerais, onde vive até hoje. Realiza palestras, cursos e sessões de Esquizodrama em diversas localidades, como Argentina, Uruguai, Portugal, Espanha, Itália, Venezuela, Brasil etc. Foi professor convidado de universidades como Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ) entre outras. Teve participação de destaque em várias edições do "Congreso de las Madres de Plaza de Mayo", sendo nomeado *Doutor Honoris Causa* por essa importante associação militante pelos Direitos Humanos e pela memória na Argentina (HUR, 2014a). Em 1995 fundou, em Belo Horizonte, a Fundação Félix Guatarri, hoje Instituto Gregório Baremblitt, donde continua promovendo, formando e lançando bases e conhecimentos para a luta antimanicomial no Brasil e em toda a América Latina.

E assim que, se em 1968, a França e o mundo viveram a explosão antipsiquiátrica juntamente com o surgimento dos novos movimentos sociais, é a partir de 1969, na Argentina, e em 1978, no Brasil, que Gregório Baremblitt e os trabalhadores de saúde mental provocaram a explosão antimanicomial na América Latina.

## 2.5 **Da *résaeu* à rede, passando por *La Borda* : Franco Basaglia nas Américas**

Franco Basaglia (1924-1980) era médico e psiquiatra, e foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática[9]. É de Basaglia a crítica mais potente ao manicômio construída em uma prática de desconstrução da instituição psiquiátrica em Gorizia e Trieste, na Itália:

> A negação de um sistema é a resultante de uma desestruturação, de um questionamento do campo de ação em que agimos. É o caso da crise do sistema psiquiátrico enquanto sistema científico e enquanto sistema institucional: desde que nos conscientizamos do significado desse campo específico, particular, em que atuamos, ele vem sendo desestruturado e questionado. (BASAGLIA, 1985, p. 103).

No ano de 1961, quando assumiu a direção do hospital psiquiátrico em Gorizia, Basaglia iniciou mudanças com o objetivo de transformá-lo em uma comunidade terapêutica[10]. Sua primeira atitude foi melhorar as condições de hospedaria e o cuidado técnico com os internos. Porém, à medida que se defrontava com a miséria humana criada pelas condições do hospital, percebia que uma simples humanização desse não seria suficiente. Ele notou que eram necessárias transformações profundas tanto no modelo de assistência psiquiátrica quanto nas relações entre a sociedade e a loucura. Em 1968, publicou "A Instituição Negada", obra na qual reúne sua crítica principal ao manicômio construída nas experiências que liderava:

> Qualquer sociedade cujas estruturas se baseiem exclusivamente sobre as diferenciações culturais, de classe, e sobre sistemas competitivos, cria em si áreas de compensação para as próprias contradições, onde possa concretizar a necessidade de negar ou de fixar objetivamente uma parte da própria subjetividade.
>
> O racismo em todas as suas formas não passa da expressão da necessidade de tais áreas de compensação; assim como a existência de manicômios, símbolo do que poderíamos chamar de reservas psiquiátricas (comparáveis ao *apartheid* do negro e aos guetos) [...] O doente mental é um excluído que, nos termos da sociedade atual, jamais poderá opor-se àqueles que o excluem, pois cada um de seus atos passa a ser limitado e definido pela doença. (BASAGLIA, 1985, p. 120.)

---

[9] Em 1973, um grupo de profissionais de saúde mental de todas as regiões da Itália que compartilhavam as ideias iniciadas e exercidas por Franco Basaglia criou o movimento Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), que existe até hoje. Os participantes do movimento decidiram expandi-lo pelas cidades mais importantes da Itália, assim, o PDI adquiriu tamanha dimensão que passou a ser a denominação pela qual muitos autores elegem identificar e reconhecer o conjunto das variadas experiências italianas de Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2003, p. 77).

[10] As comunidades terapêuticas passaram a caracterizar um processo de reformas institucionais predominantemente restritas ao espaço do hospital psiquiátrico. Essas reformas institucionais foram marcadas pela adoção de medidas administrativas e técnicas que enfatizavam aspectos democráticos, participativos e coletivos, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar. Maxwell Jones (1978) é um dos líderes e autores dessa linha de reformas psiquiátricas (AMARANTE, 2003, p. 26-32).

Basaglia criticava a postura tradicional da cultura médica, que transformava o indivíduo e o seu corpo em meros objetos de intervenção clínica. No campo das relações entre a sociedade e a loucura, ele assumia uma posição crítica com a psiquiatria clássica e hospitalar, por essa se centrar no princípio do isolamento do louco (a internação como modelo de tratamento), sendo, portanto, excludente e repressora:

> Com efeito, se a psiquiatria desempenhou um papel no processo de exclusão do "doente mental" quando forneceu a confirmação cientifica para incompreensibilidade de seus sintomas, ela deve ser vista também como expressão de um sistema que sempre acreditou negar e anular as próprias contradições afastando-se de si e refutando sua dialética, na tentativa de reconhecer-se ideologicamente como uma sociedade sem contradições (BASAGLIA, 1985, p. 124).

A partir de 1970, quando foi nomeado diretor do Hospital Provincial, em Trieste, iniciou o processo de fechamento daquele hospital psiquiátrico. Em Trieste, promoveu, ainda, a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas (chamadas por ele de "grupos-apartamento") para os loucos. No ano de 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como principal referência mundial para uma reformulação da assistência em saúde mental.

A partir de 1976, o hospital psiquiátrico de Trieste foi fechado oficialmente e a assistência em saúde mental passou a ser exercida em sua totalidade na rede territorial montada por Basaglia. Como consequência das ações e dos debates iniciados por esse médico, no ano de 1978 foi aprovada na Itália a chamada "Lei 180", ou "Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana", também conhecida popularmente como "Lei Basaglia".

Com Franco Basaglia, foi iniciada uma trajetória absolutamente original na construção de propostas de desinstitucionalização, com características bem distintas da ocorrida em outros países. Concretizou-se em um passo original prático-teórico de desconstrução do manicômio e de toda cultura manicomial. A experiência psiquiátrica italiana foi a que mais se aproximou de uma possibilidade de ruptura como o modelo médico para loucura:

> Destruição e superação que vão além do sistema coercitivo-carcerário das instituições psiquiátricas e do sistema ideológico da psiquiatria enquanto ciência para entrar no terreno da violência e da exclusão do sistema sócio-político, negando-se a se deixar instrumentalizar por aquilo exatamente que quer negar. (BASAGLIA, 1985, p. 131).

No entanto, a influência de Basaglia não se limitou à Itália, assim como o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana (PDI) não era o único na Europa a se levantar contra o

manicômio. Basaglia e muitos integrantes do PDI integraram a Rede Alternativas à Psiquiatria, conhecida pela expressão francesa *Résaeu*.

Em janeiro de 1975, a rede "Alternativa à Psiquiatria" foi criada, por ocasião do Congresso de Bruxelas do Movimento Antipsiquiátrico. Após o primeiro encontro, sucedeu-se o de Paris, em 1976. Em setembro de 1977, realizou-se, em Trieste, na Itália, o III Encontro da Rede Alternativas à Psiquiatria. Esse encontro teve grande repercussão internacional, ao mesmo tempo em que serviu para demonstrar e divulgar, para todo o mundo, as várias experiências das cidades italianas.

Mais uma conexão da Rede do movimento antipsiquiátrico se estabelecia por meio de Franco Basaglia que apresentou, no congresso, a visão histórica e conceitual do processo de desconstrução do manicômio em Trieste no texto "O circuito do controle: do manicômio à descentralização da psiquiatria":

> As fases salientes da história destes seis anos coincidem com a luta para remover os obstáculos, internos e externos, de ordem econômica, jurídica, cultural; lutas e processos nos quais foi preciso preparar estratégias de intervenção capazes de agir nos interstícios de normas tão rígidas quanto contraditórias; capazes de utilizar, no máximo das possibilidades, espaços abertos por contingências particulares; capazes de enfrentar o problema remetendo as contradições ao seu lugar de origem, no esforço de usar cada mediação para lutar contra um poder que a tornava necessária. Assim, ao lado de um programa básico estabelecido de início em comum acordo, não se ficou esperando planos orgânicos de reestruturação administrativa ou reformas totais, de resto irrealizáveis, mas trabalhou-se com instrumentos artesanais, iniciativas parciais, baseadas na necessidade de abrir espaços e ao mesmo tempo vencer resistências (BASAGLIA, 2010, p. 245).

Essa conexão europeia da Rede Alternativas à Psiquiatria (movimento antipsiquiátrico e movimento psiquiatria democrática) merece destaque, pois os representantes desses movimentos, especialmente Franco Basaglia, influenciaram bastante os participantes do 5º Encontro da Rede, que foi o Primeiro Encontro Latino-Americano de Alternativas à Psiquiatria, em Cuernavaca, México, em 1981. Esse evento marcou a chegada do movimento antipsiquiátrico e de psiquiatria democrática europeu para a América Latina, dando início a uma sequência de eventos, encontros e congressos pelos quais se articularam os movimentos de reforma psiquiátricas e antimanicomiais latino–americanos.

O movimento da Rede foi muito importante para o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Em 1983, na cidade de Belo Horizonte, foi realizado o Segundo Encontro Latino-Americano da Rede, com a presença de Franco Basaglia. Antes disso, no entanto, Basaglia já tinha vindo ao Brasil, em 1978, para o congresso do IBRAPSI, convidado e trazido por Gregório Baremblitt. Em 1979, retornou e proferiu uma série de conferências

publicada sob o título “A psiquiatria alternativa” (PORTOLESE; FIGUEIREDO, 1979). Esteve algumas vezes na Argentina e no Uruguai, além de outros países da América Latina.

Basaglia esteve também nos EUA, em 1969, para conhecer a experiência da psiquiatria preventiva desenvolvida por Gerald Caplan e tornada política pública pelo então presidente Kennedy. Dessa experiência produziu o texto “Carta de Nova York. O doente artificial”, com uma crítica contundente ao preventivismo como forma de controle social das populações marginalizadas:

> Se a nova instituição tolerante está ciente do papel que exerce no sistema geral, é evidente que não passa de uma mistificação falar de uma técnica inovadora revolucionária, comunitária e democrática para definir sua ação de controle social. Como sempre, a linguagem – nascida num momento de negação real – é rapidamente aprendida e desgastada, de modo a poder ser usada para expressar exatamente o oposto daquilo que significa. Ou a situação em que se vive conserva uma margem dialética, a fim de consentir a possibilidade de uma tomada de consciência real e de um processo de mudança, ou os termos novos são usados para encobri uma realidade velha. Sob ilusão das relações democráticas, esconde-se ainda uma forma manipuladora muito mais sutil e penetrante do que qualquer imposição ditatorial. (BASAGLIA, 2010, p. 159.)

Toda essa força, práticas e construções teóricas marcaram profundamente os grupos e movimentos antimanicomiais latino-americanos de modo que o pensamento de Franco Basaglia tornou-se referência para diversas experiências, em especial na Argentina e no Brasil. Na Argentina, por exemplo, foi fundamental para as experiências vividas na Comunidade Popular de Peña “Carlos Gardel”, ou no Hospital Nacional Borda, que ficou conhecido como *La Borda* (MOFFATT, 1980). É até hoje a referência para a luta antimanicomial no país. No Brasil, será a mais forte referência para a constituição do movimento antimanicomial e de reforma psiquiátrica.

Franco Basaglia pôs a doença mental entre parênteses (BASAGLIA, 2010, p. 161,186), a fim de fazer emergir novos sujeitos protagonistas de suas próprias historias. Ao negar a violência da psiquiatria, propor a desinstitucionalização da loucura e defender a liberdade como melhor cuidado, foi capaz de influenciar e apoiar a constituição e a organização do movimento antimanicomial latino–americano de modo a dar-lhe subsídios práticos e teóricos para as experiências de reforma psiquiátrica especialmente no Brasil e na Argentina.

## 2.6 Paulo Amarante e os "Loucos pela vida": movimento antimanicomial e reforma psiquiátrica no Brasil

Foi no Brasil, entretanto, que a luta antimanicomial latino-americana se organizará na forma de movimento social e passará a influenciar e modificar a política pública e toda a relação social com a loucura. Mesmo que, durante todo o século XX e em toda a América Latina seja possível registrar e evidenciar a constituição e a sustentação da luta antimanicomial, será no Brasil que, a partir do final da década de 1970, será forjado um sujeito coletivo organizado, o movimento nacional da luta antimanicomial, que forçará e sustentará um processo social complexo de produção de uma política pública completamente diferente para a loucura, a reforma psiquiátrica.

Toda uma convergência de fatores, pessoas e intercâmbios possibilitou a constituição de um movimento social amplo e complexo marcado pela diversidade. Com um ativismo realizado pela presença de acadêmicos, trabalhadores, loucos, loucas, familiares, políticos, juristas, artistas e muitos outros. A diversidade, o alcance e a complexidade do movimento antimanicomial brasileiro sintetiza de maneira especial todos os elementos da luta antimanicomial latino-americana. Foi no Brasil onde a luta antimanicomial se ligaria, em definitivo, com as lutas por democracia, cidadania e direitos humanos e onde se dirigiria a toda a sociedade na direção da denúncia e destruição do manicômio, mas também em favor dos direitos sociais na forma da cidadania, contra o autoritarismo e massacre das ditaduras, pela construção da democracia e da saúde coletiva.

O impacto produzido por esse movimento na sociedade brasileira também foi gigantesco, pois foi possível, por meio da Reforma Psiquiátrica Brasileira, produzir um forte processo de desinstitucionalização de milhares de pessoas internadas nos manicômios do país, ao mesmo tempo em que se constituía uma enorme rede de serviços e políticas de saúde mental comunitária e diversificada em todo o território nacional.

Como movimento e processo social a reforma psiquiátrica brasileira pode ser analisada valorizando diferentes autores, descrições e análises. Ainda são necessários estudos, entretanto, que valorizem três pontos essenciais: a) como o processo da reforma psiquiátrica brasileira se articulou aos movimentos sociais, ou seja, à luta política pela democratização da sociedade, da saúde e pela desinstitucionalização da loucura? b) Como o movimento antimanicomial brasileiro tornou-se plataforma essencial para a constituição e sustentação do movimento antimanicomial latino–americano? c) Quais estratégicas e condições contribuíram

para a integração de grupos e movimentos sociais que forjaram o movimento antimanicomial latino americano? Uma das pessoas que investiram na construção de análises que respondam a essas perguntas é Paulo Amarante.

Eduarto Vasconcelos (2008) e o próprio Amarante (1995) produziram as mais amplas e detalhistas narrativas sobre o movimento antimanicomial brasileiro. Um número expressivo de outros autores se dedicou à memória, desafios e estratégias desse sujeito político brasileiro, destacando sua diversidade, complexidade e impactos (LOBOSQUE, 2003; DELGADO, 2011; TORRE; AMARANTE, 2001; BARBOSA et al., 2012, entre tantos). E é por meio dessas narrativas que é possível reconstruir a trajetória do movimento antimanicomial brasileiro, demonstrando como ela representa também a constituição do movimento antimanicomial latino–americano.

O movimento antimanicomial brasileiro nasceu em meio à efervescência produzida pelas manifestações contra a ditadura militar no final da década de 1970. Seu nascimento e fortalecimento, foi contemporâneo ao Movimento de Reforma Sanitária, no âmbito do qual se desenvolveu o Movimento de Renovação Médica, que agitaram o setor da saúde com denúncias e manifestações contra as lógicas que prevaleciam no mesmo. Nesse processo nasceu, ainda, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM):

> O movimento nasceu através da denúncia de psiquiatras que tornaram públicas as condições de violência as quais eram submetidos os internos dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde no ano de 1978. Com a demissão sumária dos denunciantes teve início a primeira greve no setor publico no país desde o início da ditadura militar, e que foi anterior, inclusive à histórica greve dos metalúrgicos do ABC de São Paulo. [...]
>
> Ainda em 1978, teve lugar no Rio de Janeiro o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições. Realizado no período de 19 a 22 de outubro, o simpósio teve como objetivo o lançamento de uma nova sociedade psicanalítica, o Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (IBRAPSI). O evento possibilitou a vinda ao Brasil de alguns dos principais críticos da psiquiatria, dentre eles Franco Basaglia, Feliz Guatarri, Robert Castel e Erwing Goffman. Talvez o contato mais importante do MTSM tenha sido com Basaglia, afinal na Itália acabava de ser aprovada a Lei 180, a lei da reforma psiquiátrica italiana, que passou a ser conhecida como “Lei Basaglia”. Evidentemente que o interesse para com a experiência italiana foi mais marcante, na medida em que era o primeiro país a prescrever o fim dos manicômios e que o Movimento Psiquiatria Democrática Italiana tinha uma forte conotação política, o que aproximava da nossa própria experiência. Por outro lado, não e pode esquecer a total disponibilidade pessoal e carisma de Franco Basaglia, que aceitou todos os convites e participou vivamente de todos os debates. (AMARANTE, 2004, p. 20-21).

É necessário destacar três elementos que mostram a convergência da trajetória do movimento antimanicomial brasileiro e latino–americano. O primeiro diz respeito à influência de Gregório Baremblitt e da psicanálise argentina na construção de encontros e do espaço

para a integração do MTSM com a Rede Alternativas à Psiquiatria por meio de seus principais expoentes:

> A realização deste congresso possibilita a vinda ao Brasil dos principais mentores da Rede Alternativas à Psiquiatria, do movimento Psiquiatria Democrática Italiana, da Antipsiquiatria, enfim das correntes de pensamento crítico em saúde mental. [...] Muitos outros debates sucederam-se após este congresso, aproveitando a vinda dos conferencistas internacionais ao Brasil (AMARANTE, 1995, p. 55).

O segundo tem a ver com a importância do pensamento e luta de Franco Basaglia e do Movimento Psiquiatria Democrática italiano na conformação do pensamento crítico do MTSM. Dessa forma é possível se referir às raízes italianas do movimento antimanicomial:

> No caso brasileiro, a participação organizada dos profissionais e gestores públicos da área de saúde mental, aliados a usuários os serviços e seus familiares, no movimento de luta antimanicomial, é fundamental para se entender o processo de mudana e sua direção, que ultrapassa os limites da reforma para propor profundas redefinições. As visitas de Basaglia expressaram a internacionalização de causas e de movimentos sociais e de protesto, a formação de redes de trocas de conhecimentos e experiências. (GOULART, 2007, p. 31).

O terceiro é a formação do sujeito coletivo que deu início ao movimento, os trabalhadores de saúde mental. Na Argentina e na Itália, com a participação e a liderança de Gregorio Baremblitt e Franco Basaglia, surgira um questionamento e uma negação do trabalho manicomial, que possibilitou um levante e uma organização dos trabalhadores da área, que incorporou diferentes atores sociais em torno da saúde mental. No Brasil essas duas influências possibilitaram, ao mesmo tempo, a fundamentação crítica do MTSM e as oportunidades de encontro e construção coletiva do movimento antimanicomial como um movimento plural e múltiplo:

> Outra característica do movimento é ser múltiplo e plural, tanto no que diz respeito à sua composição interna, como a participação de todas as categorias, assim como de simpatizantes não técnicos da saúde, quanto no que se refere às instituições, entidades e outros movimentos no quais atua organizadamente. Por um lado, a opção por ser um movimento com tal característica permite desvencilhar-se dos problemas políticos e administrativos de ser uma entidade de corporação, com uma luta política e o programa estreitamente vinculado aos interesses de uma categoria ou conjunto de categorias em especifico. Desta forma, o MTSM é o primeiro movimento em saúde com participação popular, não sendo identificado como um movimento ou entidade da saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental (AMARANTE, 1995, p. 57).

Pode-se dizer, dessa forma, que o MTSM brasileiro sintetizou, desde sua origem, a trajetória do movimento antimanicomial latino-americano, por integrar de forma especial a luta contra o manicômio com outras lutas sociais, pretendo integrar trabalhadores, oprimidos, excluídos, loucos e loucas:

> Assim nasce o MTSM, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de

> transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores, em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 1995, p. 52).

Em 1979 e 1980, realizaram-se o I e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Salvador. O fortalecimento das lutas democráticas, no Brasil, a partir de meados dos anos 1970, produzia um clima de reconstrução nacional e um grande processo de mobilização nacional em torno das questões sociais da saúde, da educação e da liberdade. Essa conjuntura ampliou as críticas e preocupações que se desenvolviam no MTSM:

> São abordadas, ainda, as implicações econômicas, sociais, políticas e ideológica na compreensão das relações entre o processo de proletarização da medicina, do poder médico, da assistência médico – psiquiátrica em processos de exclusão e controles sociais mais abrangentes. Critica-se o modelo assistencial como ineficiente, cronificador e estigmatizante em relação à doença mental. Os determinantes das politicas de saúde mental, do processo de mercantilização da loucura, da privatização da saúde, do ensino médico e da psiquiatrização da sociedade são também temas de muita preocupação nesses congressos. (AMARANTE, 1995, p. 56).

Ainda em 1979, realizou-se, ainda, o I Congresso Nacional do MTSM na cidade de São Paulo. Ano que Franco Basaglia esteve mais uma vez no Brasil proferindo conferências e produzindo encontros da luta antimanicomial. Em 1983, ocorreu o II Encontro Latino–Americano da Rede Alternativas à Psiquiatria, em Belo Horizonte, com a presença de Franca Basaglia (esposa e viúva de Franco Basaglia), Antonio Slavich e Robert Castel. Marcando mais uma vez a influência italiana e internacional no movimento antimanicomial brasileiro (AMARANTE, 2003, p. 81).

Em 1987, em meio a uma profusão de eventos e acontecimentos que marcam o processo de redemocratização do Brasil se realiza na cidade de Bauru o II congresso nacional do MTSM que marcou uma ruptura e a renomeação do movimento:

> No congresso de Bauru, o MTSM foi objeto de uma transformação profunda. Deixou de ser um movimento predominantemente de técnicos para se tornar um movimento social *Por uma sociedade sem manicômios.* Esse lema expressava tanto uma ruptura epistemiologica, quanto estratégica que marcaria os anos subsequentes, onde o eixo dos debates abandonará os limites meramente assistenciais e, mais ainda, a simples oposição entre serviços extra – hospitalares *versus* serviços hospitalares, para vislumbrar a superação radical do modelo psiquiátrico tradicional, expresso tanto na estrutura manicomial quanto no saber médico sobre a loucura. Em Bauru foi decidido que seria criada a data de comemoração do Dia Nacional da Luta Antimancomial, e para tanto foi escolhido o dia 18 de maio. Assim, a cada 18 de maio seriam promovidas atividades cientificas, culturais, políticas etc, em toda cidade ou espaço que o movimento fosse capaz de mobilizar, com o objetivo de chamar a sociedade a refletir sobre a questão da violência do modelo psiquiátrico e aderir à luta de transformação. (AMARANTE, 2004, p. 25)

A carta de Bauru foi, ao mesmo tempo, uma marca da transformação do MTSM e de fundação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). Este defendia a

necessidade de haver um laço social entre profissionais e sociedade para o enfrentamento da questão da loucura e de suas formas de tratamento, buscando articulação nacional e pautando-se, enquanto movimento social e sindical, pela defesa de uma reforma psiquiátrica democrática e popular:

> Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. 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. Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical. Contra a mercantilização da doença! Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988! Por uma sociedade sem manicômios! Bauru, dezembro de 1987 – II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental.

Ao assumir a luta antimanicomial como sua identidade e o lema “por uma sociedade sem manicômios”, o movimento brasileiro acabou por se integrar à trajetória latino–americana que vinha se constituindo, principalmente por meio dos encontros da Rede Alternativa à Psiquiatria na América Latina. O próprio lema “por uma sociedade sem manicômios” foi o tema do encontro internacional em Buenos Aires:

> A tendência inaugurada pelo Plenário foi fortemente reforçada nas discussões e encaminhamentos do III Encontro Latino–americano de Alternativas à Psiquiatria, que ocorreu em Buenos Aires, em dezembro de 1986. Participaram importantes expressões do movimento internacional, como Felix Guatarri, Franco Rotelli, Robert Castel, Franca Basaglia, dentre outros, além de antigos e novos participantes do movimento brasileiro (AMARANTE, 1995, p. 79).

A promulgação da Constituição Federal, de 1988, garantia não só os direitos políticos, mas também os direitos sociais, inclusive o direito à saúde, como dever do Estado, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de então iniciou-se o desenvolvimento de um novo sistema de saúde mental no qual o princípio mais fundamental estaria na desconstrução do modelo manicomial propondo-se e montando toda uma sofisticada estrutura

de serviços, dispositivos e estratégias, que, baseadas na concepção de território, passariam a promover cuidado, acolhimento, inclusão e não exclusão, violência e morte como anteriormente. Pode-se dizer, neste sentido, que o movimento antimanicomial brasileiro esteve junto com o movimento sanitário na promoção das reformas sanitárias e psiquiátricas, construindo o SUS, como analisado por Paulo Amarante e Mônica Nunes (2018), como sendo a maior plataforma antimanicomial da América Latina.

A busca por uma radical transformação nas relações sociedade/louco/loucura foi desenhada pelo MNLA com base em várias dimensões do processo da Reforma Psiquiátrica:

> No espaço de seis anos, compreendidos entre 1987 e 1993, várias articulações foram realizadas, diversos núcleos do movimento foram se constituindo e, no ano de 1993, consolidando o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), foi realizado o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em Salvador/BA (neste encontro, é elaborada a carta sobre os direitos dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental), cujo eixo principal das discussões girava em torno da organização do movimento. De acordo com o Relatório Final do I Encontro do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial: 'O movimento da luta antimanicomial é um movimento social, plural, independente, autônomo que deve manter parcerias com outros movimentos sociais. É necessário um fortalecimento através de novos espaços de reflexões para que a sociedade se aproprie desta luta. Sua representação nos conselhos municipais e estaduais de saúde, nos fóruns sociais, entidades de categorias, movimentos populares e setores políticos seriam algumas formas de fortalecimento (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007).

O movimento pela Reforma Psiquiátrica tem sido caracterizado como um dos mais importantes movimentos sociais do Brasil contemporâneo, atuando como uma agenda absolutamente ímpar: inclusão, solidariedade e cidadania. Ele também convergiu em sua constituição e história com a luta antimanicomial latino-americana:

> Entre os estudiosos do campo da saúde mental, há um consenso inquestionável de que, do ponto de vista comparativo internacional, o Brasil representa a liderança do processo de reforma psiquiátrica na América Latina, como também tem posição exemplar entre os países do hemisfério sul. Além disso, em relação a todos países do mundo, a reforma vem sendo realizada aqui em uma dinâmica muito peculiar e própria, em um processo, que apesar de alguns períodos de maior lentidão, é relativamente regular, continuo e principalmente gradual, com base em um principio ético desejável, de garantia de uma substituição cuidadosa dos serviços fechados por uma atenção aberta na comunidade, evitando o risco de processos abruptos capazes de gerar desassistência aos usuários, particularmente tendo em vista o contexto neoliberal dominante (VASCONCELOS, 2008, p. 54).

Paulo Amarante participou integralmente da constituição do movimento antimanicomial brasileiro. Foi um dos residentes sumariamente demitidos após denunciar a condição absurda dos internados nos hospícios do Rio de Janeiro. Como militante e ativista participou, organizou e apoiou todos os eventos, encontros e realizações do MTSM e do MNLA. Como pesquisador e professor, registrou, publicou e divulgou as histórias e conquistas do movimento antimanicomial e da reforma psiquiátrica brasileiros:

> Paulo é, sem dúvida, um dos maiores expoentes de sua geração; fundador da reforma psiquiátrica brasileira e militante antigo da reforma sanitária, viveu e atuou em todos os momentos marcantes da saúde coletiva e saúde mental no país, e é protagonista de uma trajetória profundamente singular [...] a vida de um pensador da reforma psiquiátrica. (TORRE, 2017).

Em seu livro "Loucos pela Vida", narrou, registrou e analisou a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira mostrando detalhadamente como se constituiu o movimento antimanicomial no Brasil tornando referência principal para a memória da luta antimanicomial:

> Aliás, não me canso de lembrar que o título do livro foi uma referência/homenagem/inspiração à Associação Loucos pela Vida, liderada fundamentalmente pelo grande músico e ativista antimanicomial Luisinho Gonzaga. E mais ainda Luisinho gravou um LP chamado *Terras do Juquery*, que tem uma faixa chamada "loucos pela vida" (AMARANTE, 2017, p. 86).

Paulo Amarante também foi um dos principais protagonistas na constituição do movimento antimanicomial latino-americano em três momentos históricos diferentes: na construção da rede latino-americana de alternativas à psiquiatria, em 1981; em 2001, na construção dos congressos internacionais de direito, humanos e saúde mental promovidos pela Universidade Popular das Madres da Praça de Maio; e, em 2017, na construção da Rede Latino-Americana de direitos humanos e saúde mental.

Por enquanto, é imprescindível registrar como Paulo Amarante e os "loucos pela vida", representando o movimento antimanicomial e a reforma psiquiátrica no Brasil, integram, convergem e concretizam a maior e mais vitoriosa expressão do movimento antimanicomial latino–americano.

## 2.7 **Lutando contra a onda: neoliberalismo e saúde mental na América Latina**

Como se tentou mostrar, entre 1978 e os primeiros anos da década de 1990, o movimento antimanicomial brasileiro teve grande importância na constituição de um movimento social latino-americano voltado para a denúncia, crítica e transformação dos modos com os quais o Estado e a sociedade lidam e cuidam dos loucos e loucas. Sua constituição e atuação se deram em um contexto histórico nacional de lutas pela democracia e construção da cidadania. Essa convergência de lutas possibilitou o início de um processo social concreto de desinstitucionalização da loucura com paulatina criação de novas instituições, equipes e programas substitutivos ao manicômio. Pode-se dizer, dessa forma, que a reforma psiquiátrica brasileira fez parte do processo de conquista e efetivação do direito à saúde, especialmente por meio do Sistema Único de Saúde.

Nesse mesmo período histórico, mudanças importantes aconteciam no mundo com forte impacto sobre toda a América Latina. O avanço das ideias e propostas neoliberais para conformação do Estado e do mercado; a financeirização das relações econômicas no sistema capitalista, a desregulamentação do mercado, inclusive das relações trabalhistas, a relocalização da produção industrial, principalmente para a Ásia. No bojo desse processo, o neoliberalismo também propôs a redução dos direitos sociais como recurso para acumulação e manutenção do capital são condicionantes impactantes para a construção, ainda inicial e frágil, de novas formas de cuidado à loucura:

> O neoliberalismo dificilmente poderia deixar de impor tais requisitos. A diferença é que o faz não somente no campo das relações internacionais, mas também sobre a direção e conteúdo das políticas e instituições internas. Por isso, se integram em normas e regras, que auspiciam determinadas políticas e eliminam os conteúdos em outros modelos, inspirados em planejamentos ideológicos racionalizadores. O estabelecimento dessas normas e suas consequências justificam alterações profundas na vida dos países, particularmente na divisão do trabalho entre o Estado e o mercado ou entre os poderes dos governos nacionais e os da globalização. Consequentemente, o neoliberalismo e a globalização postulam critérios que devem satisfazer os governos — singularmente os do Terceiro Mundo —, quase sempre com escassa ou nula anuência dos cidadãos afetados (IBARRA, 2011, p. 238-239).

As mudanças econômicas promovidas pelo neoliberalismo afetaram os processos políticos de reconstrução da cidadania na América Latina, prejudicando a construção e a efetivação das propostas de desconstrução do aparato manicomial em direção a sistemas de serviços comunitários no bojo de sistemas universais de saúde e assistência social. A onda neoliberal avançou sobre os países latino-americanos de forma difusa e intensa exatamente no momento em que novos cenários políticos de reconstrução da democracia e conquista da cidadania eram conquistados:

> *Como es muy conocido, las implementaciones neoliberales comenzaron a fines de los setenta y se consolidaron en los ochenta y en el presente. Sus experiencias prototípicas fueron las de Margaret Tatcher (Inglaterra) e de Ronald Reagan (Estados Unidos), para extenderse a la mayoria de los países europeos, latino-americanos y asiáticos cobijados em la conceptualización de economia de mercado. En nuestro continente hubo atisbos de ella, que no cuajaron, durante las dictaduras militares anteriores (caso de la argentina de Onganía y continuadores entre 1966-73, y la del siniestro 'Proceso de reorganización nacional de 1976-83'), para tomar impulso con el pinochetismo chileno y luego continuar con la mayor parte de los países: en Argentina en las presidencias de Menem, en México desde Miguel de La Madrid y fortaleciéndose con Salinas de Gortari y Zedillo continuando ahora con Fox, en Brasil con Cardoso, en Fujimori en Perú, etcétera* (GUINSBERG, 2001, p. 90-91).

> Em termos propagandísticos, o neoliberalismo difundiu, no Terceiro Mundo, a tese esperançosa de que o jogo livre dos mercados fecharia a brecha do atraso, ao passar não somente pela abertura de fronteiras, como também pela estabilização de preços e contas públicas. Com algum simplismo, postulou-se que o desenvolvimento exportador e de investimento estrangeiro erradicariam a pobreza crônica do subdesenvolvimento, enquanto a difusão automática das melhorias tecnológicas

> elevaria os padrões de vida e se inverteriam em favor da orientação mercantil das políticas públicas. De modo análogo, sublinhou-se que os mercados abertos e a transparência das transações do governo ou dos particulares colocariam um fim na procura de gastos ou privilégios desmerecidos, isto é, serviriam de antídoto eficaz contra a corrupção (IBARRA, 2001, p. 239).

Os impactos da onda neoliberal transcenderam as políticas de ajuste econômico, redução e privatização das políticas sociais, provocando mudanças na consciência social, nas subjetividades, donde se incluem os objetivos de vida, os sentidos das necessidades, o intercâmbio mercantil e as relações de trabalho:

> *La salud mental es doblemente victima de estas políticas, porque, por outra parte, se ve enfrentada a un crecimiento de la demanda de atención y a una complejidad mayor de problemas que debe encarar, y al mismo tiempo, el proceso de privatización en salud e que analizamos modifica todos os critérios de cobertura en el sector privado, haciendola más restrictiva y discrecional, junto al empobrecimento del sector público que en modificado los valores y critérios de la atención.*
>
> *Los câmbios en la cultura que analizamos, la fragmentación de lo social, el crescimiento de la masa de excluídos de los intercâmbios sociales, simbólicos y econômicos, sumados a las trasnformaciones de lo público, han generado, como era lógico esperar, nuevas formas de fracaso y sufrimiento mental* (GALENDE, 1997, 202).

É por essas razões que a oposição contra a onda neoliberal passou a ser uma das frentes de luta do movimento antimanicomial na América Latina:

> *En este nuevo escenario de administración de la locura, se apaciguaron los conflictos, se disolvieron las resistencias y las prácticas alternativas fueron neutralizadas en sus componentes críticos. Diversas iniciativas fueron desplazadas a los márgenes del sistema o bien se adaptaron a las condiciones generadas para su cooptación, por lo que se anularon sus elementos radicales y ocuparon en lugar subordinado en una estructura dominada por el modelo psiquiátrico. Así, los años 80 y 90 representaron en momento de reflujo del imaginario político de liberación de la locura y en reconfiguración de la psiquiatria dominante en el marco del Estado y el mercado (MADRID;* PARADA, 2018, p. 561).

Pode-se dizer que, apesar do impacto da onda neoliberal sobre os movimentos sociais e na garantia da proteção social nos países da América Latina, o contramovimento de autoproteção da sociedade (POLANYI, 2000. P. 161-165), foi capaz de manter espaços, realizar protestos e mobilizações que forçaram a constituição de arranjos políticos e institucionais de defesa dos direitos e politicas sociais:

> A ofensiva neoliberal sobre os direitos e politicas sociais não encontrou uma sociedade amorfa e passiva. Uma das principais razões, se não a principal, para que explicar porque, ao contrário do que ocorreu na área econômica, inclusive com os direitos trabalhistas, as propostas neoliberais não vingaram em relação às politicas sociais (RODRIGUES, 2003, p.174).
>
> No entanto, nem os sindicatos e partidos de esquerda saíram de cena, nem se encontravam sozinhos na resistência ao movimento neoliberal de tudo transformar em mercadoria. Novos movimentos sociais, muitos deles surgidos da própria

> existência das politicas sociais entraram em cena com uma força insuspeitada, forçando estados nacionais e governos conservadores a negociar o que se referia a mudanças no *welfare state*. O ímpeto do neoliberalismo em empurrar as políticas sociais para o mercado privado, remercantilizando os direitos sociais vem sendo gradualmente domado pelo movimento de autoproteção da sociedade, que reúne agora antigos e novos atores e utiliza novas formas de organização, luta e de negociação (RODRIGUES, 2003, p. 185).

No Brasil, a disputa entre a onda neoliberal e os movimentos de proteção social teve como um dos protagonistas importantes o movimento antimanicomial, que assegurou a implementação da estratégia de desinstitucionalização com a implementação da rede de serviços de atenção psicossocial durante toda a década de 1990, (VASCONCELOS, 1992). Pode-se dizer, neste sentido que o movimento da luta antimanicomial se consolidou, apesar de uma conjuntura desfavorárel, conseguindo um avanço significativo no número e na organização dos núcleos do movimento, realizando congressos e encontros se difundindo por todo país, inclusive ampliando o número de organizações de usuários e familiares (VASCONCELOS, 2008, p. 35-38).

No contexto latino-americano, a realização da Conferência Regional para Reestruturação da Assistência psiquiátrica na América Latina, realizada pela Organização Pan-americana de Saúde (OPS), em novembro de 1990, marcou o surgimento de uma nova mobilização que reúne uma diversidade de pessoas e representações em torno dos processos de reforma psiquiátrica em toda América Latina:

> *El 14 de noviembre de 1990, en Caracas, Venezuela, aproximadamente 200 participantes de once países latinoamericanos adoptaron la Declaración de Caracas, acto que clausuró la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. En la Conferencia se repitieron escenarios anteriores y se abrieron nuevos horizontes que le dieron carácter especial. En ésta participaron los líderes habituales de las actividades de salud mental, como psiquiatras, psicólogos, enfermeras y asistentes sociales. La novedad del encuentro fue la participación de parlamentarios, miembros de gabinetes de gobierno, juristas, usuarios y periodistas (estos dos últimos grupos en proporción que hoy bien puede ser tildada de nominal). Con estos nuevos partícipes se pretendía estabelecer alianzas, pues tanto por razones estratégicas como sustantivas, se definía a la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica no sólo como en cambio técnico, sino como en mutación en los modelos sociales y culturales. Nada más natural, entonces, que la búsqueda del acuerdo y la cooperación de todas las partes involucradas para facilitar el establecimiento de los câmbios* (LEVAV; GONZÁLEZ, 2007, p 45.)

A redemocratização que ocorreu em diversos países, principalmente do Cone Sul, nos anos 1980, trouxe consigo reivindicações dos direitos humanos, cujo resgate, iniciado no campo político, estendeu-se à instituição psiquiátrica. Isso facilitou que se desenvolvesse a consciência sobre os direitos humanos, particularmente em relação aos atingidos pela violência e exclusão psiquiátrica:

> *Varios países de América Latina habían sido regidos, en épocas que precedieron a la Conferencia, por gobiernos militares que, además de imponer la represión en todos los ámbitos de la vida, adoptaban en manejo cuestionable y socialmente injusto de los asuntos públicos. Entre otras manifestaciones de su gestión, se destaca el haber atribuido a la salud mental y a sus agentes en carácter diabólico e insurreccional. En efecto, esos regímenes temían la posibilidad que bajo la influencia de las ciencias del comportamiento el individuo pudiera liberarse de las pautas represoras que la maquinaria de propaganda gubernamental trataba de imponer. Ilustraciones de esta anti-psicología abundan y se expresaron en mayor claridad en la persecución física de los agentes de salud mental (fueran activos o no en la lucha antidictatorial), y en la negligencia deliberada en que se mantenía a los servicios psiquiátricos, alimentada por en actitud discriminatoria y excluyente en relación a todo ser humano diferente* (LEVAV; GONZÁLEZ, 2007, p 46.)

A influência da consciência dessa questão se manifestou na Conferência e na da Declaração de Caracas. Mesmo tendo sido promovida pela OPAS, com os limites inerentes a essa organização, a Conferência também resultava do processo de questionamento, luta e organização do movimento antimanicomial latino-americano, e contou especialmente com a presença e da atuação de pessoas, grupos e coletivos que representavam esse movimento antimanicomial. A Declaração de Caracas trazia uma crítica ao modelo vigente de assistência psiquiátrica na América Latina, que sinalizava novas possibilidades ante a corrosiva ação da onde neoliberal e contribuiu para o processo de debate e mobilização em torno da luta pelos direitos humanos dos loucos e loucas em diferentes países da região:

> *El encuentro de Caracas fue, cabe admitirlo, el producto de en iniciativa promovida por OPS, pero hubiera tenido en vida efímera de no haber estado respaldada por experiencias de campo de relevancia singular, como las de Santos en Brasil, Río Negro em Argentina, Santa Eduviges en Honduras, Hospital Obrero de Lima, Centro de Día de la Ciudad de México y muchas otras, citadas en el libro que resume las presentaciones de en encuentro. Ésta la bondad de la Conferencia de Caracas, que aún persiste como modelo válido y le confiere a esta gesta la validez y vitalidad que la adornan* (SARACENO, 2007, p. 17).

Pedro Gabriel Delgado contextualizou a realização do evento falando de sua importância para o processo de reforma psiquiátrica no Brasil:

> Sobre esse período da declaração de Caracas, 1990. A declaração de Caracas foi um documento extremamente importante do ponto de vista político, influenciou os países da região. Aqui no Brasil foi muito importante para legitimação da proposta da reforma da assistência e da aprovação da lei Paulo Delgado. O próprio Paulo Delgado esteve presente em Caracas, com David Capistrano e com o coordenador de saúde mental da época, do ministério da Saúde. Em Caracas, a presença do Benedeto Saraceno e do Itzac Levav foram decisivas para construção desse documento. Esse documento que acabou sendo uma das sustentações de nosso processo, de referência da OPAS e da OMS como sendo organismos reconhecidos dos quais o Brasil faz parte, e que recomendava a mudança do modelo de atenção que a gente tinha aqui no Brasil (DELGADO, 2018).

Um resgate importante feito por Delgado foi a influência que a Conferência de Caracas teve de outro evento acontecido antes, em 1986, em Buenos Aires:

> A proximidade que o Brasil tinha desse período e até um pouquinho anterior a Caracas, na minha experiência de profissional e de militante, era facilitada e articulada por uma articulação internacional que se chamaca rede alternativas à psiquiatria. Tinha ocorrido alguns anos antes alguns encontros da rede internacional de alternativas à psiquiatria, em 1986, aconteceu um encontro extremamente importante em Buenos Aires, com a presença de pessoas extremamente importantes como Robert Castel, da psiquiatria democrática italiana, os colegas da Argentina, do Uruguai, do Chile, do Brasil e do México porque era um encontro latino-americano da rede. Anteriormente havíamos feitos um grande encontro da rede aqui no Brasil com convidados extrangeiros. Estou mostrando pra vocês que esses eventos que não são propriamente ligados a política publica de saúde mental, mas que são ligados a construção de uma cultura antimanicomial que influenciou a mudança do modelo de atenção. Havia, portanto uma certa articulação de uma luta antiinstitucional, uma luta por mudanças no modelo de atenção em saúde mental que reunia pontos de vista muito diversificados como indígenas, prostitutas, ciganos, negros, psicanálise, psicoterapia institucional. Tudo isso influenciou e chegou a Caracas produzindo o documento que possibilitou mudanças nas politicas públicas nos países (DELGADO, 2018)

O documento de memória da Conferência de Caracas expressou a diversidade da composição do evento, incorporando a luta antimanicomial latino-americana e chamando para a consolidação de uma resistência ativa aos cortes e privatizações das politicas sociais:

> *La conferencia constituyo el punto de partida de en proyecto cuyo momento histórico de sobre há llegado. Sin embargo, es muy problabe que encuntre en su camino resitencia de muchos sectores. En efecto, la atención psiquiátrica actual se apoya tanto en tradición enraizada en creencias y prácticas de larga data como en intereses subalternos de poder. Habrá menester de tacto, habilidad y firmeza* (OPAS, 1990, p. 3).

A influência da Declaração de Caracas nas políticas de saúde mental dos países latino-americanos gerou um amplo movimento de atualização legislativa e de sensibilização para mudanças, o que colaborou com processos de reforma dos tipos de assistência em quase todos os países, com destaque para Argentina, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Chile e Venezuela (DESVIAT, 1999, p. 135-136). Outro aspecto importante foi a participação ativa de assessores, principalmente italianos e espanhóis, cedidos pela OPAS e instituições europeias como colaboradores nos processos de reforma junto aos países o que favoreu um intensa troca de experiências, no sentido de adoção de medidas concretas de modificação das estruturas e funcionamento das instituições e programas nacionais de saúde mental. No Brasil, a participação dessas pessoas foi decisiva para construção das estratégias da reforma psiquiátrica (DESVIAT, 1999, p. 136).

A convenção de Caracas, assim como a Declaração de Caracas, apesar de sua influência e contribuição para os processos de reforma psiquiátrica, guardam uma ambiguidade no que se refere a sua contribuição à luta antimanicomial na América Latina. Essa ambiguidade esta expressa no uso da expressão “reestruturação da assistência psiquiátria”

> A declaração de Caracas como ficou conhecida, e da qual é signatário o Brasil, embora aborde a questão psiquiátrica de uma forma genérica e pouco precisa, aceita e proclama a necessidade premente da 'reestruturação' imediata da assistência psiquiátrica pela adequação das legislações dos países de tal forma que assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais e promovam a reorganização dos que garatam seu cumprimento (ROTELLI; AMARANTE, 1992, 50)

Ou seja, a convenção e declaração, apesar de convocar e promover as mudanças, ignoram que "a realização das reformas está na dependência de conjuntura locais e de possibilidades concretas" e que os "países signatários dessa declaração podem ou não vir a cumprir o que foi assinado por seus representantes" (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 50). Assim, o termo "reestruturação" pode sinalizar apenas uma adequação legal por parte dos países. E ainda, o foco somente na "assistência psiquiátrica" pode indicar um afastamento dos objetivos da luta antimanicomial, pois:

> A ilusão de que o hospital psiquiátrico torna-se obsoleto pela simples implantação de uma rede de serviços 'extra-hospitalares', ou aquela outra, de que pode humanizar-se e tornar-se terapêutico com a modernização técnica e administrativa, já não devem contaminar-nos mais (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 53).

Assim, se por um lado a Convenção de Caracas contribuiu para o encontro e reunião de representantes do movimento antimanicomial latino-americano, inclusive possibilitanto a inclusão de novos atores, por outro, sua proposta de "reestruturação" esteve aliada aos processos macro-econômicos do ajuste neoliberal, na medidia em que ao não emcampar a "desconstrução do aparato manicomial" (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 52) acaba por promover "o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: a doença, à qual se sobrepõe no manicômio o objeto periculosidade (ROTELLI ,1990 p 90).

Lutar contra a onda neoliberal, pode-se dizer, neste sentido, envolve a libertação da saúde mental dos limites colocados pelo neoliberalismo e não se limitou a defesa dos direitos sociais, mas forçou o movimento antimanicomial a promover uma importante reflexão sobre os processos de subjetivação que o neoliberalismo produz:

> *La encrucijada de esta doble tendencia: degradación, o defensa y transformación, es particularmente notable en el caso de las prácticas de Salud Mental. En cuanto campo de prácticas sociales no es homogeneo ni unívoco. En él antagonizan diversas tendencias y cuerpos conceptuales, así como se articulan otros. En ellas el proceso de medicalización de la vida en hecho su ingreso en lo íntimo proveyendo de normatizaciones disciplinarias para la cotidianeidad. Pero también en su seno se an antecipado la crítica a los modelos medicalizantes, confluyendo en las corrientes críticas en el campo de la salud em general. En este espacio se transparenta particularmente que la defensa del caracter de público y solidario de la asistencia en salud no puede hacerse sin frofundizar el cuestionamiento y transformación de sus instituciones* (STOLKINER, 1994, p. 16).

Foi assim que a luta antimanicomial encarou a partir 1990 a luta pelo direito a saúde mental como “consequência do processo permanente de desconstrução” para se concentrar:

> Na construção real e efetiva de novas pssibilidades assistenciais por parte dos grupos ou poderes locais que, sem sombra de dúvida, podem interferir decisiva e resolutivamente nesse processo. Isto significa dizer que mais importante do que os planos nacionais e as leis, que têm sua importância e a sua eficácia, são os trabalhos práticos de implantação de novas experiências que demonstrem e comprovem ser possível prestar atenção psiquiátrica diferenciada, sob novos modelos de cuidado, sem necessidade do asilo, do hospital, da violência, da discriminação, da segregação, que demonstrem ser possível uma prática psiquiátrica que crie nova dimensões, novas subjetividades, que pruza vida e não morte (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 50).

A introdução das políticas neoliberais na América Latina teve impactos sobre os movimentos sociais, atingindo sua capacidade organizativa e de resistência. Porém, a partir de meados da década de 1990 difundiram-se várias mobilizações de oposição ao neoliberalismo, entre as quais, destaca-se o movimento antimanicomial, representado principalmente pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial no Brasil. Embora se trate de grupos distintos, que sofreram de maneiras diferentes as transformações recentes do capitalismo, sua tradição de luta, sua história política, entre outros elementos, refletem na trajetória desse movimento as novas configurações na luta contra a onda neoliberal.

# 3 PROCESSOS: INTEGRAÇÃO E DESINTEGRAÇÃO DO MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL LATINO-AMERICANO

Figura 12 - Trans América de Juan Downey

Fonte: Instituto Guggenheim. Coleção *On Line.*

Como tentei demonstrar, o movimento antimanicomial latino-americano foi criado e desenvolveu por meio da representação de pessoas, grupos e movimentos sociais em diferentes países e instituições. Desde os próprios loucos e loucas que, com sua resistência à violência da instituição psiquiátrica até a denúncia e ação de profissionais, líderes e grupos

organizados, formaram uma ação contínua e permanente durante todo o século XX de enfrentamento, negação e destruição do manicômio. Uma luta incansável que se mantém graças ao ingresso e à sustentação de milhares de pessoas em favor da liberdade e dos direitos humanos e contra a repressão e exclusão produzidas pelo capitalismo por meio do aparato manicomial.

É necessário analisar, entretanto, como o movimento antimanicomial latino-americano conseguiu se organizar constituindo um sujeito coletivo capaz de influenciar, modificar e propor transformações nas políticas públicas para a saúde mental nos países. Essa organização ocorreu em dois momentos diferentes na história durante o século XX e coincidiram com condicionantes políticas diferentes.

As ideias de integração e desintegração surgem como analisadores desses momentos históricos na tentativa de mostrar como foi possível criar, por meio de encontros regulares, protestos e ações conjuntas em diferentes contextos nacionais, uma atuação política contra o manicômio e suas represálias; ao passo que, quando essas ações coletivas foram interrompidas, a desintegração das alianças, redes e produções conjuntas marca a interrupção de uma fase organizativa do movimento antimanicomial. Assim a integração do movimento antimanicomial latino americano parece se realizar:

> Primeiro, através de uma "torrente de palavras" que envolve uma experiência de aprendizado intensivo através do qual novas ideias, formuladas inicialmente em círculos sociais e assemelhados, surgem como crenças amplamente compartilhadas por públicos muito maiores; segundo, através de novas relações, que se formam rapidamente durante períodos de intensa atividade, e terceiro, de uma perspectiva política, os objetivos irreversíveis no pico do ciclo são frequentemente institucionalizados. (TARROW, 2009, p. 219).

Assim, as redes, tal qual a rede latino-americanca de alternativas à psiquiatria e de direitos humanos e saúde mental, são formas de organização dos movimentos sociais que propiciam uma integração de pessoas, ideias, emoções e capacidades políticas. São assim uma característica poderosa de organização dos movimentos sociais:

> Essas redes e organizações por vezes originam protestos mais visíveis em arenas públicas, especialmente quando um evento ou decisão atrai a atenção e atiça a imaginação. Essa é uma das razoes pelas quais os grandes protestos podem surgir tão rapidamente: já há uma infraestrutura para ajudar a mobilizar as pessoas. Esta consiste não apenas numa lista de telefones, ou e-mails, mas também em padrões de confiança, respeito, afeição que envolvem as pessoas m nível emocional e organizativo. Elas podem alimentar entre si indignação, o ódio, a compaixão e outros sentimentos que acabarão servindo de apoio para o protesto público e ação coletiva (JASPER, 2016, p. 106).

Ao passo que a dissolução das redes, o fim dos encontros e protestos, a interrupção da difusão e compartilhamento das ideias, e especialmente a ação corrosiva dos processos políticos institucionalizados provocam a desintegração dos movimentos sociais:

> A cada vez que surgem, o mundo parece estar virando de cabeça para baixo. Mas da mesma forma regular, a erosão da mobilização, a polarização entre setores do movimento, as divisões entre institucionalização e violência e o uso seletivo, por parte das elites, de incentivos e repressão se combinam para levar o ciclo ao fim. No seu auge, o poder do movimento é elétrico e parece irresistível, mas é carcomido e integrado através do processo político (TARROW, 2009, p. 220).

Essa díade histórica de integração e desintegração, são marcantes na narrativa do movimento antimanicomial latino-americano. Pois, por um período, foi possível criar e sustentar redes, conexões, eventos e ações conjuntas em diferentes países por meio de uma organização que integrava pessoas e países. Na sequência, mesmo com resultados bastante expressivos no que se refere à organização e atuação política, a desintegração do movimento coincidiu com o fim dos encontros e ações coletivas. O objetivo desse capítulo é resgatar, por meio de documentos históricos e entrevistas, dois momentos em que essa díade marcou a organização e a mobilização do movimento antimanicomial latino-americano.

## 3.1 **A Rede Latino-americana de Alternativas à Psiquiatria**

A rede “Alternativas à Psiquiatria” foi criada em janeiro de 1975, por ocasião do Congresso de Bruxelas do Movimento Antipsiquiátrico. Esses grupos e pessoas que haviam constituído a Antipsiquiatria desde o início dos anos 1960 chegaram à constatação de que não conseguiriam destruir o hospital psiquiátrico, e elaboraram, em contrapartida, uma via alternativa!

Jacques Lesage de la Haye produziu o documento mais completo ao qual tive acesso sobre do Movimento Antipsiquiátrico. A antipsiquiatria que surgiu entre o fim da década de 1950 o início da década de 1960 é considerada como “a primeira autêntica bomba sobre a instituição psiquiátrica” (2007, p. 46) e congregou psiquiatras, intelectuais, usuários e vitimados da psiquiatria, experiências institucionais psicoterapêuticas e movimentos sociais. Passou a ser muito relacionada aos movimentos de contracultura, de contestação da sociedade, que lhes foram contemporâneos:

> Para além de Chesnut Lodge, Rueil-Malmaison, Prangin, La Borde ou a comunidade de Maxwell Jones, um turbilhão sopra sobre o manicômio e seus sectários. Na Inglaterra, ela é sobretudo lançada por David Cooper e Ronald Laing. Na Alemanha, é o Sozialistische PatientenKollektive (SPK). Na Itália, encontramos Franco Basaglia e Giovanni Jervis. Na França, são Roger Gentis, Féliz Guattari, Robert

> Castel, Michel Foucault – embora esse tenha estivesse na retaguarda – e muitos outros práticos. Na Bélgica, é Mony ElKaim; nos Estados Unidos, Thomas Szasz e Erving Goffman. Esse movimento é internacional. É o primeiro autêntico movimento revolucionário. Seu pensamento está em ruptura total com tudo que foi previamente teorizado. Não apenas o hospital psiquiátrico é denunciado. Esse questionamento está inserido na contestação de toda sociedade. É o sistema capitalista que é criticado (LA HAYE, 2007, p. 47).

A Rede havia surgido para promover uma interligação de movimentos, práticas e teorias diversas do movimento antipsiquiátrico. Era uma resposta a uma necessidade de reunir as várias experiências alternativas à psiquiatria tradicional, tendo os objetivos iniciais de promover a circulação de informações sobre esses trabalhos, sua discussão e a garantia de sua continuidade:

> Em consequência, em vez de fustigar-se, languescer e perde-se na autocrítica, os alternativos, fortes por sua longa experiência, elaboraram outro conceito e aplicam outra estratégia. O conceito é a rede "Alternativa à Psiquiatria". A estratégia vai consistir em não mais intentar destruir o hospital psiquiátrico, mas contorna-lo. Os participantes do Congresso decidem multiplicar os locais de vida das experiências alternativas, os apartamentos e, inclusive, os dispositivos de setor psiquiátrico para tornar o hospital inútil. Doravante, está em jogo contornar o hospital.
>
> Os locais antipisquiátricos tornam-se alternativos. Devem tornar-se de tal sorte numerosos que os pavilhões do hospital não servirão para mais nada. Com efeito, se os doentes mentais forem acompanhados nessas inumeráveis estruturas, os leitos do hospital encontrar-se-ão desocupados. Poder-se-ia dizer que a força foi substituída pela astúcia. A contestação brutal cedeu lugar a uma prática flexível. Evidentemente, a crítica do hospital permanece radical. É em nome dessa mesma crítica que os locais alternativos devem ser multiplicados (LA HAYE, 2007, p. 60-61).

Após o primeiro encontro, sucedeu–se o de Paris, em 1976. Em setembro de 1977, realizou-se em Trieste, na Itália, o terceiro encontro da Rede Alternativas à Psiquiatria. O encontro de Trieste teve grande repercussão internacional, ao mesmo tempo em que serviu para demonstrar e divulgar, para todo o mundo, as várias experiências das cidades italianas. O livro 'O circuito do controle' registrou os debates, especialmente os produzidos por Franco Basaglia. Assim, a Rede juntou o movimento antipsiquiátrico ao movimento de psiquiatria democrática italiana e congregou tanto trabalhadores de saúde mental quanto associações de ex-pacientes e profissionais de outras áreas:

Em 1978, a Rede Alternativas à Psiquiatria realiza seu terceiro encontro internacional em Cuernavaca, no México, cujos debates e comunicações foram organizados por Sylvia Marcos em um livro chamado '*Antipsiquiatria y política'*. Em seguida realizou-se o encontro de San Francisco, nos Estados Unidos, em 1980, e finalmente a Rede Alternativas à Psiquiatria retorna à América Latina, em 1981, para sua quinta reunião internacional. Nesse evento é criada a Rede Latino-americana de Alternativas à psiquiatria, registrada da seguinte forma nos anais do encontro de Cuernavaca:

> *Los participantes en el Primer Encuentro Latinoamericano de Alternativas a la psiquiatria, reunidos en Cuernavaca del 2 al 6 de octubre de 1981, acuerdan (p. 54) [...]*
>
> *7. Como propuestas organizativas planteamos:*
>
> *a) La constituición de la Red Latinoamericana de Alternativas a la Psiquiatria.*
>
> *b) La organización de redes por países.*
>
> *c) En lo imediato sugerimos la designación en esta asamblea de:*
>
> *- un contacto provisional por país que será ratificado en vez que se constituya la seccion de la Red en los diferentes países latino-americanos; en lo qe se refiere al exilio latinoamericano se propone la designación de en representante de la Red en Europa y em em América Latina. La Red Latinoamericana mantiene y multiplicará colegial e individualmente relaciones e inciativa con la red europea en todos los modos y formas posibles.*
>
> *- una secretaria provisional de la Red que se encargue de la transmisión de la atividades y luchas de las redes nacionales al mismo tiempo que coordiene el trabajo a nível latinoamericano como proposición concreta planteamos que esta tarea sea asumida por la delagación brasileña.*
>
> *- la organizacion de un segundo encuentro y un pimer encuentro la Red en el Brasil en el 1983* (ANDRADE; SANCHEZ, 1982, p. 57-58) .

Na reunião participaram cerca de 650 pessoas de diferentes países da América Latina, Estados Unidos e Europa. Estiveram reunidos trabalhadores de saúde mental e representantes de diferentes organizações de grupos chamados oprimidos, além dos usuários, chamados psiquiatrizados:

> *En el encuentro se perfiló la polémica sobre los desarollos de la psiquiatria democrática en Francia y Italia; la intervención de Guatarri evidencia como a nível molecular no es sólo la luchar interior del manicômio, sino cada espacio que requiera de una trasnformación al interior de cada orden de subjetividade. Critica el concepto de massa y la necesidad de precisar las diversas formas cotidiana que trasciende otros grupos, en el fín de propiciar una trasnformación real de relaciones. Las intervenciones de Slavish y Rotelli nos presentan una revolición molecular al interior de la instituición manicomial y su proyección a través del trabajo comunitario* (ANDRADE; SANCHEZ, 1982, p. 4).

Paulo Amarante participou desse encontro e se referiu sobre o contexto em que ele se realizou e sua importância para a conexão de diversos outros movimentos latino-americanos, da seguinte forma:

> Eu acho que, assim, até para situar porque eu estava já em 81, é que eu estava em 78 aqui no Rio de Janeiro, quando criamos o movimento de trabalhadores de saúde mental, que é o primeiro ator social da reforma psiquiátrica. Tinha pessoas, Nise da Silveira, Osvaldo Santos, etc, mas não se tinha uma organização formal, um movimento com as características do movimento de questionamento à psiquiatria, de denúncia, de propostas de transformação. Então isso fez com que eu, por uma questão histórica, eu estava dentro do hospital Pedro II, que hoje chama Nise da Silveira, e fiz a primeira denúncia, fui o primeiro demitido pelo ministro da saúde, junto com mais dois colegas, fomos em três, e esse movimento acabou que esse

> processo pela conjuntura, tomou uma dimensão nacional, na mídia. Nós ficamos seis a oito meses na grande imprensa, tenho todos os artigos aí guardados que isso foi na época, e ainda hoje, é muito raro que um tema, assim específico alcance a mídia por tanto tempo. Por isso apareceram os manicômios no Brasil aquela coisa toda. Nesse mesmo ano, no final do ano, nós já tínhamos criado o movimento, foi um ano importante porque teve o encontro do IBRAPSI, aqui no Rio de Janeiro, criado pelo Gregório Baremblitt, uma liderança importante da Argentina, que vinha exilado de lá, e um dos fundadores da esquerda freudiana, movimento questionamos, da plataforma, de todos esses movimentos mais críticos da psicanálise e da saúde mental na Argentina que tiveram uma importância. Por que na Argentina tinha lá Bleger, Pichon Rivere, o próprio Gregorio, Armando Bauleo, Mimi Langer, todo esse grupo. Então ele veio pra cá. Esse ano foi um ano também especial no nível internacional porque foi aprovação da lei Basaglia, ficou conhecida como lei 180, mas na verdade ela ficou um período com esse nome, no final do ano ela foi incorporada à lei da reforma sanitária italiana, lei 833, mas ficou conhecida como lei 180, lei Basaglia. Então esse encontro que foi no final de outubro, ele possibilitou como o Gregório falava, a vinda dos treze maiores críticos da psiquiatria do mundo. Entre os quais Thomas Szaz, além do Franco Basaglia, o Guatarri, o Louraud, o Robert Castel, o Erving Goffman, O Howard Becker, toda bibliografia importante do mundo estava ali. Então isso deu pra gente uma dimensão de movimento de luta, de coletivo, não individual de uma pessoa ou outra, de uma instituição ou essa, mas de um movimento social no mesmo contexto que surgia, o que o Boaventura de Souza Santos, os novos movimentos sociais, que era um movimento não só de sindicato de corporação, mas que tinha uma questão, a questão dos direitos humanos, a questão da cidadania e tal. Novas questões que surgiam no cenário político. E nessa amplitude mais internacional a gente passou a ter contatos. Sabemos que tinha a rede alternativa lá na França, que tinha tido o encontro da Resoau, tinha tido os encontros e tudo. Então, esse contexto fez com que eu, por exemplo, que estava no núcleo desse movimento tivesse essa dimensão internacional, esse contexto. Eu migrei então especificamente da psiquiatria para saúde coletiva, na época medicina social, fui fazer a medicina social na UERJ, daí eu tive contato com todo o grupo que formaria o que seria chamada de alames, associação latinoamericana de medicina social, do pensamento critico, mais do campo da esquerda, da epidemiologia social, da saúde mental, saúde coletiva, saúde pública, e todos esses conceitos da época. Medicina social era o que os mexicanos utilizavam, eu fui então fazer o curso de medicina social no México em 1981, então eu peguei esse período, e pude ir lá em Cuernavaca. (AMARANTE, 2018).

No encontro ocorreram denúncias e análises relativas ao funcionamento da repressão, da tortura e do controle social em vários países. Mas o que ressalta desse primeiro encontro é a incorporação de diferentes lutas e movimentos à Rede Latino-americana de alternativas à psiquiatria. Ou seja, a rede latino-americana se forma integrando diversas lutas sociais, inclusive a denúncia e a luta contra as ditaduras militares nos países latino-americanas:

> *Los participantes en el Primer Encuentro Latinoamericano de Alternativas a la psiquiatria, reunidos en Cuernavaca del 2 al 6 de octubre de 1981, acuerdan:*
>
> *Denunciar:*
>
> *La existencia de dictaduras militares y regímenes repressivos, que utilizan la represión, el terror como instrumentos de control politico en las sociedades de clases de America Latina. Especialmente nos referimos a os regímenes de Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Haíti, Uruguay, Paraguay, El Salvador, Guatemala, Honduras, y otros regímenes de control social.*
>
> *[...]*

> *La violencia cotidiana y la segregación que en nuestro continente golpea a los sectores oprimidos, obreiros, campesinos, indígenas, mujeres, niños y ancianos, psiquiatrizados, así como los homosexuales y otors sectores estigmatizados por el sistema* (ANDRADE; SANCHEZ, 1982, p. 54)

Sua plataforma de lutas integra a luta contra o manicômio e a repressão psiquiátrica, com as lutas das mulheres, dos indígenas e dos homossexuais em toda América Latina:

> *A parti de lo anterior, la asamblea del primer congresso latinoamericano de alternativas a la psiquiatria, acuerda la siguiente plataforma:*
>
> *Luchar por la desarticulación y derrocamiento de las dictaduras militares y de los regímenes totalitários com fachada democrática, por las liberdades democratias y el mejoramiento de las condiciones de vida de las masas populares em nuestro continente, vinculados em los movimentos sociales y politios latinoamericanos.*
>
> *Organizarnos y luchar por la destrucción de la intituición manicomial y las políticas estatales de salud mental que intentan psiquiatrizar los conflictos sociales. (p. 55)*
>
> *[...]*
>
> *5. la red latino-americana se compromete apoyar, promover, difundir y defender las experiencias alternativas en los diferentes países del continente.*
>
> *Como propuesta inmediata se plante ala defensa de la experiência llevada a cabo en el hospital psiquiatrio de Tunja em Colombia, que desde 1973 sufre el embate permanente del sistema. Asi como la defensa de la lucha del Pueblo mixe y otras minorias étinicas, de las organizaciones del movimiento feminista y del movimiento de libertación homosexual en Latinoamerica*. (ANDRADE; SANCHEZ, 1982,p. 57)

Esse registro é muito importante, pois ressalta que a constituição da rede latino-americana de alternativas à psiquiatria como organização e integração do movimento antimanicomial latino-americano aconteceu em um período histórico de grande repressão dos regimes ditatoriais em diferentes países. Esse registro é relevante porque, em sua segunda fase de integração (que analisaremos mais a frente), o movimento encontrará um contexto histórico muito diferente. O que é importante afirmar é que a integração do movimento antimanicomial latino-americano na forma da rede latino-americana de alternativas à psiquiatria foi resultado, em primeiro lugar, da internacionalização do movimento antipsiquiátrico europeu e, em segundo lugar, de integração de diversas lutas sociais na América Latina.

A participação brasileira nesse primeiro encontro e na constituição da rede latino-americana foi muito importante, pois como ficou demonstrado, o Brasil foi escolhido como local para o próximo encontro por existir um movimento social organizado na luta antimanicomial desde 1978 no país. É assim que a rede passa a ser tramada lentamente com a participação dos inúmeros técnicos e usuários:

> Assim, em Saõ Paulo, em 23 e 24 de abril (de 1982), trabalhadores de saúde mental e interessados de outros setores da sociedade estiveram reunidos no I Encontro da Rede Alternativas à psiquiatria – SP, aglutinando mais de 300 pessoas. Em Belo Horizonte, o núcleo da região centro-leste da rede, promoveu um encontro da rede, mediante um curso de saúde mental, no qual a crítica ao sistema vigente e a discussão de novas propostas foram as preocupações presentes. Na colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, os trabalhadores de Saúde Mental, desenvolvem um importante trabalho visando a democratização interior daquela instituição, tida como "fim de linha" na história da cronificação e isolamento dos "insanos".
>
> Agora, temos um encontro marcado em Campinas – São Paulo, para o dia 9 de julho (1982), paralelamente e dentro da reunião da sociedade brasileira para o progresso da ciência (SBPC). Nesta ocasião, faremos avaliação da rede, nível nacional e uma reunião preparatória do I encontro nacional da rede de alternativas á psiquiatria, a ser realizado no Rio de Janeiro, na úlitma semana de agosto, paralelamente ao congresso brasileiro de psiquiatria. (REDE DE ALTERNATIVAS À PSIQUIATRIA, 1982, p. 2).

O que se percebe é que houve uma intensa articulação entre diferentes grupos em diferentes partes do Brasil na construção da rede. Outros seis boletins foram escritos, sendo o último publicado em março de 1984, já com os resultados do segundo encontro latino-americano da rede.

Entre 28 de outubro e 02 de novembro de 1983, aconteceu em Belo Horizonte o II Encontro da Rede Latino-americana de alternativas à psiquiatria. O encontro foi todo construído pelos integrantes da rede no Brasil e marca historicamente o processo de reforma psiquiátrica no país, pois reúne, no encontro lideranças, grupos e representantes internacionais.

Vale destacar mais uma vez como o evento integrou debates e participação de diversos movimentos de lutas sociais. Sua programação foi construída em torno de quatro eixos: a questão psiquiátrica e práticas alternativas, direitos humanos e marginalizados, a questão da mulher e o menor. O evento entra para história do movimento antimanicomial latino-americano como a maior demonstração de sua organização e integração:

> Aconteceu o II Encontro Latino- americano e VI internacional da Rede de alternativas à psiquiatria, em Belo Horizonte, de 28 de outubro a 2 de novembro. Compareceram mais de mil pessoas entre companheiros da Itália, Bélgica, Alemanha, México, Colômbia, Argentina, Chile, Estados Unidos e de quase todos os estados do Brasil. Movimentos e organizações que têm assumido lutas contra a repressão e criado alternativas às instituições autoritárias estiveram presentes, através de seus representantes. Assim, tivemos em Belo Horizonte a Psiquiatria Democrática Italiana, com Franca Basaglia, Antonio Slavich e vários membros do grupo de Trieste. O COLAT de Bruxelas. O P.I.D.E.E (*Proteccion a la Infância Danada por los Estados y Emergencia*), com companheiros que vieram do Chile enfrentando imensas dificuldades; a Casa de La Mujer, de Bogotá, a Rede Alternativas de Cuernavaca (México); e representantes de movimentos de vítimas da repressão psiquiátrica norte-americana, como o Mental Patients Liberation Front. Vieram também os companheiros que desenvolvem práticas libertadoras dentro do hospital de Boyacá (Colômbia), colônia Juliano Moreira (Rio de Janeiro), hospital Juqueri (São Paulo), e vários hospitais mineiros onde prossegue a luta contra a

> opressão. Nosso grande pioneiro em práticas alternativas, Luiz Cerqueira, enriqueceu o encontro com sua vasta experiência de lutas passadas, discutindo vivamente o presente. Foi significativa, também, a presença de trabalhadores de saúde mental inseridos em Serviços Básicos de Saúde e em diferentes núcleos brasileiros de práticas alternativas, como a Associação Mineira de Saúde Mental; o grupo Embrião, do Rio Grande do Sul; o MUDESAM, de Uberaba; o IPSO, SOS MULHER, e o Núcleo de atendimento ao suicídio do C.E. em existencialismo e psicoterapia, de São Paulo; o ARTSAM de Santos. (REDE ALTERNATIVAS À PSIQUIATRIA, 1984, p. 1)

É impressionante como o a rede, em um movimento de expansão e em permanente mutação se fortaleceu reunindo profissionais, psiquiatrizados, grupos oprimidos, movimentos sociais nacionais e internacionais em uma experiência de intensa troca de informações, convivendo com as diferenças, fortalecendo e revigorando a luta antimanicomial latino-americana.

Tal qual o primeiro encontro, o da Rede em Belo Horizonte produziu uma carta, conhecida como ‘carta de princípios de Belo Horizonte’, na qual mais uma vez a integração de diversas lutas é declarada:

> Tendo em conta que a Rede de Alternativas à Psiquiatria se desenvolve num contexto de lutas politicas que recusam o sistema geral de denominação econômica e política que assume expressões diversas e especificas em cada continente e cada país, apoiamos:
>
> A luta pela liberdade e autodeterminação dos povos na condução de seus processo políticos e econômicos, aliando-se a lutas específicas contra a corrida armamentista nuclear e contra destruição ambiental;
>
> A luta contra as péssimas condições de vida e trabalho assim como a insegurança social a que estão submetidos os trabalhadores;
>
> A luta contra o caráter empresarial da medicina e da psiquiatria no nosso meio, onde o lucro direciona a fabricação da loucura e a depositação da mesma em hospitais e espaços privados;
>
> A luta contra o uso dos meios científicos e técnicos no controle de divergências, dissidências e contradições próprias dos seres humanos;
>
> A luta pelo direito à diferença (o pensar, o agir, o ser diferente) mais especificamente de negros, mulheres, índios, velhos, loucos e usuários de instituições psiquiátricas e psicológica em geral;
>
> A luta contra todas as formas de violência cotidiana nas instituições, destacando-se a família, escolas, hospitais, asilos, abrigos e cárceres.
>
> A luta contra a medicalização, psiquiatrização, psicologização do sofrimento gerado pelos conflitos sociais, predominantemente a fome.
>
> A luta contra a utilização de métodos e técnicas psicológicas coo instrumentos dos aparelhos repressivos do estado, através da tortura, exílio e implementação do terror e do amedrontamento dos povos.

> Enfim, apoiamos as estratégias autogestoras que propiciem e ampliem a participação dos tecidos sociais como agentes de saúde e com omeio de controle do poder profissional (REDE ALTERNATIVAS À PSIQUIATRIA, 1983).

No encontro ficou decidido que o próximo seria realizado em 1985, na Colômbia. No entanto, essa decisão não se concluiu e, somente em 1986, foi possível a realização do terceiro evento, em Buenos Aires, Argentina.

Entre 17 e 21 de dezembro de 1986, aconteceu o terceiro e último encontro da rede latino-americana de alternativas à psiquiatria. Infelizmente não foi possível encontrar documentos completos do evento, muito menos informações sobre o motivo de esse encontro não ter mais se realizado. Porém, foi localizado, no acervo histórico da LAPS/ENSP/FIOCRUZ[11], o segundo boletim de informações de outubro de 1986.

No documento há uma longa lista de convidados e participantes de 22 países, entre eles os latino-americanos Brasil, Argentina, Chile, Colômbia, Uruguai, México, República Dominicana e Venezuela. Itália é o país europeu com maior número de participantes presentes, entre eles Franco Rotelli Franca Basaglia, Ernesto Venturini e Antonio Slavish, do movimento de psiquiatria democrática italiana, reforçando mais uma vez a integração internacional da rede latino-americana e europeia.

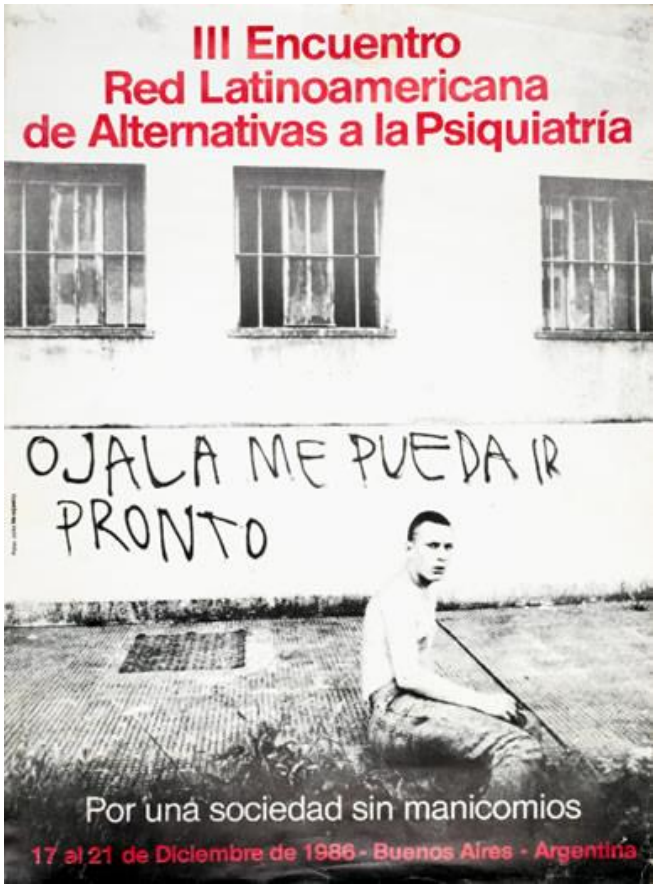
O programa do evento destaca a realização de oficinas alternativas cujo objetivo é a experimentação e o debate de várias formas e expressões da luta antimanicomial, entre elas evidenciavam-se: *minorias étnicas, mujeres golpeadas, rádios libres e situación de la salud mental em latino américa* (Informativo nº 2, 1986).

O cartaz do evento, guardado nos arquivos do LAPS/ENSP/FIOCRUZ, revela a sua importância, especialmente para o Brasil, pois, no ano seguinte, em 1987, na cidade de Bauru/SP, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) se transformaria em Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e assumiria a frase “por uma sociedade sem manicômios” como lema do movimento. Assim, a integração do movimento antimanicomial latino-americano se expressa ao máximo, influenciando, aglutinando e reforçando a luta antimanicomial no Brasil:

---

[11] Laboratório de pesquisa e estudos em saúde mental e atenção psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Figura 04 - Cartaz do III Encontro da Rede Latino-Americana de Alternativas à Psiquiatria




Fonte: Projeto Memória da Reforma Psiquiátrica LAPS/ENSP/FIOCRUZ

Depois de 1986 não aconteceu nenhum outro encontro da rede e não há mais registros de atividades realizadas, um sinal da desintegração do movimento antimanicomial latino-americano. Paulo Amarante conta como foi a escolha dos próximos encontros:

> O quarto encontro da rede de alternativas à psiquiatria seria no Uruguai, tiramos lá em 86, em dezembro de 86, aliás eu tenho ai o cartaz original da rede, ai tiramos no último dia que seria no Uruguai, desencontrou, o pessoal desapareceu, não me lembro agora exatamente quem eram as pessoas, seria em 87, no Uruguai (AMARANTE, 2018).

Esse encontro não se realizou, Andrés Techera deu uma explicação:

> *Según Paulo Amarante desde la organización del último encuentro de la Red de Alternativas a la Psiquiatría en Buenos Aires en 1986, se había previsto que el próximo encuentro se realizara en Montevidéu al año próximo. Esa idea se vio truncada por la coyuntura política que coincide con los primeros años de la salida de la dictadura en Uruguay (1985) que encuentra los movimientos sociales sumamente diezmados* (ASSIS; TECHERA, 2018).

Outra explicação é que, a partir de 1987, constitui-se o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial no Brasil, envolvendo muitos líderes e grupos, a exemplo de Paulo

Amarante, em uma intensa sequência de atividades, eventos e processos políticos em favor da construção e avanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Algo interessante de analisar é que a rede latino-americana de alternativas à psiquiatria passou a integrar o movimento antimanicomial latino-americano justamente em um período de intensa repressão pelas ditaduras militares nos países. No momento da reconquista democrática, os movimentos sociais ou estavam desorganizados ou reprimidos de tal forma que não conseguiram sustentar os encontros da rede. Ou ainda, tiveram, como no caso do Brasil, que compor a grande frente de construção da cidadania e democracia no país. São algumas explicações para a desintegração do movimento antimanicomial latino-americano com o fim dos encontros da rede latino-americana de alternativas à psiquiatria.

## 3.2 *Las locas madres:* os congressos internacionais de saúde mental e direitos humanos

Depois do último encontro da rede em Buenos Aires, em 1986, seria necessário um longo período (aproximadamente treze anos) para que um novo processo de integração reunisse novamente o movimento antimanicomial latino-americano. A partir dos anos 2000, os congressos internacionais de direitos humanos e saúde mental, realizados pela Universidade Popular das *Madres de la Plaza de Mayo*, constituíram-se como a principal reunião de ativistas, líderes, profissionais, usuários e outros movimentos sociais ligados à luta antimanicomial na América Latina. O contexto histórico é bastante distinto, pois uma nova onda de políticas e governos será ao mesmo tempo propulsora da integração do movimento antimanicomial, mas também contribuição para mais uma desintegração do movimento. A "onda rosa"[12] como fenômeno geopolítico da América Latina estará ligada a mais uma integração e desintegração do movimento antimanicomial latino-americano.

"Guinada à esquerda" ou "onda rosa" são expressões usadas na análise política do início do século XXI para se referir à percepção da crescente influência da esquerda na América Latina, entre o fim da década de 1990 e o fim dos anos 2000, quando foram eleitos muitos chefes de Estado ligados a partidos reformistas de esquerda, a exemplo de Luiz Inácio Lula da Silva (no Brasil), Hugo Chávez (na Venezuela), Evo Morales (na Bolívia), Néstor Kirchner (Argentina) e Tabaré Vázquez (no Uruguai), entre outros:

[12] A expressão rosa ou rosada foi usada em referência à postura ambivalente dos governantes de esquerda eleitos no período, pois, dizendo-se socialistas ou de esquerda, não assumiram as políticas antisistêmicas ou anticapitalistas de um "projeto vermelho" comunista. Por outro lado, apoiaram e foram cooptados pelo sistema capitalista adotando conciliações entre políticas sociais e desenvolvimento capitalista, em uma política híbrida entre discursos socialistas e práticas de governo que beneficiaram o avanço capitalista na América Latina.

> A “onda rosa” se iniciou ainda na década de 1990, com a eleição de Hugo Chávez em 1998. Chávez, fundador do personalista Movimento V República (MVR), chegou ao poder em meio ao colapso das instituições e partidos “tradicionais”. Na sequência, Ricardo Lagos, oriundo do Partido Socialista do Chile (PSCh), foi eleito em 2000, representando uma inflexão à esquerda na Concertação, aliança que governava o país desde o retorno à democracia em 1990. Em 2002, Luiz Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT), foi eleito no Brasil. Na Argentina, Néstor Kirchner foi eleito presidente em 2003, e procurou governar como parte integrante desse giro à esquerda – apesar das evidentes dificuldades em se considerar de esquerda um governante oriundo do peronismo. Tabaré Vázquez, da Frente Ampla (FA), venceu as eleições uruguaias em 2004. Em 2005, Evo Morales, do Movimento ao Socialismo (MAS) da Bolívia, venceu as segundas eleições que disputou, como culminância da crise político-social vivenciada pelo país nos anos anteriores. No ano seguinte, Rafael Correa chegou ao poder no Equador, após fundar um movimento com o intuito de concorrer às eleições presidenciais, o Pátria Altiva e Soberana (PAÍS na sigla em espanhol), também em meio a um colapso de instituições e partidos “tradicionais”. No mesmo ano, Daniel Ortega e sua Frente Sandinista de Libertação Nacional (FSLN) regressaram ao poder na Nicarágua, dessa vez por meios eleitorais. O ativista social Fernando Lugo chegou ao poder no Paraguai em 2008 encabeçando uma frente de movimentos sociais, sindicatos e partidos de oposição, encerrando uma hegemonia de seis décadas dos colorados. Por fim, no ano seguinte Mauricio Funes, da Frente Farabundo Martí para a Libertação Nacional (FMLN), chegou ao poder em El Salvador (SILVA, 2010, p. 01).

Após o movimento de integração político-econômica, várias dessas nações latino-americanas contestaram os termos do chamado "Consenso de Washington" – documento máximo da chamada onda neoliberal - buscando estabelecer relações comerciais independentes entre os países sul-americanos, chegando a construir instituições e tratados que acabaram por se tornar símbolos dessa “onda” politica, como é o caso da União das Nações Sul-americanas, a UNASUL:

> O antineoliberalismo teria servido como um “dique de contenção”, impedindo que se estabelecesse um jogo de “soma zero”, garantindo-lhes o papel de oposição à esquerda do espectro político, ao mesmo tempo em que antigas estruturas, valores e identidades eram transformados nos partidos de mais longa duração, ou simplesmente não se manifestavam entre movimentos de formação recente. Pode-se afirmar assim que o antineoliberalismo serviu simbolicamente de “farol” e de denominador comum aglutinador, em meio ao “nevoeiro” das grandes transformações ocorridas na última quadra histórica. Adicionalmente, serviu de atrativo de votos e apoios quando o neoliberalismo começou a dar sinais de esgotamento na região e no mundo (SILVA, 2010, p. 5).

A política latino-americana foi marcada nas primeiras décadas do século XXI pela ascensão de partidos, movimentos e lideranças de esquerda a governos nacionais. Tal ascensão, por sua relativa sincronia e delimitação regional, constitui em si mesma um processo sócio-político único, que pode ser compreendido em seu conjunto (uma “vaga” de esquerda a percorrer a região), com diversas características coincidentes – mas com suas especificidades locais. Esse período que chegou a ser chamado de “a década da América Latina” é o contexto em que mais uma integração entre movimentos sociais latino-americanos será possível, especialmente o movimento antimanicomial.

Mais uma vez será Paulo Amarante um importante ator desse processo de integração:

> Em 2000, em 99 começamos a lançar, mas em 2000 numa reunião lá na Argentina, eu estava indo para Universidade de Buenos Aires, dando algumas disciplinas lá, veio a ideia da gente pegar a Universidade Popular das Mães da Praça de Maio e criar um movimento em torno das Madres pelo que elas representavam de direitos, de luta, já tinham algumas iniciativas assim, isoladas como seminários de direitos humanos, mas era um congresso. Fizemos um congresso com milhares de pessoas, reunimos pessoas do mundo inteiro, eu me lembro de estar lá, pessoas do Canadá, México, América Latina toda, França, Itália, várias pessoas que vinham do mundo inteiro (AMARANTE, 2018).

As Mães da Praça de Maio (em Espanhol, *Asociación Madres de la Plaza de Mayo*) é uma associação argentina de mães que tiveram seus filhos assassinados ou desaparecidos durante o terrorismo de Estado da ditadura militar, que governou o país entre 1976 e 1983. Elas se organizaram tentando descobrir o que ocorreu com seus filhos e começaram a fazer passeatas em 1977, na Praça de Maio, em Buenos Aires, em frente à Casa Rosada, sede do governo argentino, em desafio público ao terrorismo de Estado do governo, destinado a silenciar toda a oposição política. Vestindo lenços de cabeça branca para simbolizar as fraldas de seus filhos perdidos, as mães marcharam em solidariedade para protestar contra as atrocidades cometidas pelo regime militar. Eles responsabilizaram o governo pelas violações de direitos humanos que eles cometeram durante o período em que estiveram no poder.

As Mães da Praça de Maio foi o primeiro grande grupo a se organizar contra essas violações de direitos humanos. Juntas, as mulheres criaram uma força dinâmica e inesperada, que existia em oposição às restrições tradicionais às mulheres na América Latina. As mães se reuniram e pressionaram por informações sobre seus filhos. Ao realizar esses esforços, elas também destacaram as violações de direitos humanos ocorridas e aumentaram a conscientização em escalas locais e internacionais. Seu legado e progresso subsequente foram bem sucedidos devido à sua organização de grupo sustentada, uso de símbolos e *slogans*, e protestos semanais.

Com sua resistência às políticas dos governos constitucionais, as *Madres* forçaram a criação da Comissão Nacional sobre o desaparecimento de pessoas, organismo oficial encarregado de averiguar e organizar informações a partir de entrevistas com familiares e instituições. Como forma de desmoralizar e desmobilizar a resistência dessas mulheres após várias tentativas de por fim a suas marchas e denúncias, representantes do governo militar chegaram a chamá-las de velhas e loucas:

> *Terminada la dictadura, los gobiernos constitucionales, preocupados de la estabilidad y governabilidad, van desarrollar uma política de negociación y apaciguamiento instituídos, utilizando mecanismos represivos y el desarrollo de*

> *estratégias de inducción psicológica, que a su vez perpetuan la impunidad a nível social y, con ello, sus consecuencias psicológicas* (BALBOA, 2010, p. 37).

Em um rebote ao deboche e ao desrespeito a sua luta, "*Las locas de Plaza de Mayo*" passam a adotar "si, somos locas", e promoveram uma das mais famosas lutas políticas da história latino- americana:

> *El adjetivo 'locas', llevó a las Madres de la Plaza de Mayo a volcarse con los locos que poblaban los manicomios argentinos, hacia los considerados locos que sufián los problemas cotidianos de la humillación, del estigma, de la discriminación. Vieron como muchas personas entraban muy jovenes em manicômio de los cuales nunca saldrián.*
>
> *Vieron ademas cómo la acusación de loucura, que ellas sentian en su piel, quitaba a personas su estatus de ciudadania , de derechos, de construcción de sus próprias vidas. Y se dieron cuenta de que eran Madres tambiem de aquellos sujetos que, durante las dictaduras – o no -, eran victimas de los estados permanentes de violencia, segregacion, de exclusión* (NABUCO; AMARANTE, 2011).

Assim, o Movimento criado pelas *Madres* ficou ligado à loucura e a saúde mental num duplo sentindo: por serem chamadas loucas enquanto marchavam pelo direito de ter notícia de seus filhos e exigir do Estado a responsabilidade pelos desaparecimentos; e por ter sua saúde mental abalada fortemente pela violência a que foram submetidas, assim como suas famílias. Dessa forma, a luta por direitos humanos das *Madres* reverberava também a luta contra passagem do sofrimento mental a termos negativados como foi à loucura, mas também ao direito à saúde mental como resultado do reconhecimento de suas reinvidicações.

Em 2000, as Mães criaram a Universidade Popular das Mães da Praça de Maio:

> *La fundación de la Asociación de Las Madres de Plaza de Mayo viene a cerrar un primer período con a adquisición de existencia jurídica, lo que constituye la instiitucionalización del movimiento, en este caso con fines estratégicos y políticos. Frente al recrudecimiento de la represión sobre ellas, el movimiento, temiendo su aniqulización, decide formalizarse para que quede registro de su existencia y de su lucha, 'tiene que quedar algo'. El 22 de agosto de 1979 se firmo ante 'escribano público'.*
>
> *De esta asociación surgiran un periódico, una radio, una libreria y una editorial. Luego, en 1999, surgirá la Universidad Popular de Las Madres de Plaza de Mayo, cuya definición apunta a estimular un pensamiento crítico y organizar âmbitos grupales de reflexión creativa. Se intenta articular la teoria y la práctica, generando herramientas para disputar la hegemonia intelectual como forma alternativas de abrir espacios a los sectores populares y los nuevos movimientos sociales, para que puedan participar y crear formas de construcción politica. Su caracter popular tiene que ver con recuperar y multiplicar las formas próprias de luchas populares, dirigidas a la trasnformación de la sociedad* (BALBOA, 2010, p. 36).

A criação da universidade popular possibilitou a construção dos congressos que reuniam militantes de várias partes do mundo, particularmente da América Latina:

> *Con ocasión de los congresos internacionales se realizan varios encuentros y debates con distintos actores sociales de América Latina y del mundo, abordando varios temas relacionados con los derechos humanos, sobre varios aspectos (etinia, género, sexualidad, trabajo, raza, cultura y diverisdad cultural, etc). Pero, principalmente es en terreno de la salud mental en el que se desarrolla el debate, pues el modelo psiquiátrico asilar-manicomial todavia hegemônico em América Latina, que sumado al cresciente proceso de medicalización, la falta de creación de servicios sustitutivos al modelo tradicional, la ausencia de redes sociales de politicas publicas para las personas en sufrimiento mental, caracterizan un campo de muchas dificuldades y de grandes luchas sociales y politicas* (NABUCO; AMARANTE, 2011, p. 28 )

Paulo Amarante explicou, da seguinte forma, como foi possível a construção dos congressos internacionais:

> Primeiro assim, as Madres com sua história de luta, de denúncia, de resistência às formas de opressão, de violência, eram um núcleo importantíssimo. Por outro lado, o Gregório Kazi, que era um companheiro aqui do Brasil de muitos anos, que esteve no primeiro encontro nacional da luta antimanicomial em 1993, em Salvador, era nosso convidado. Então, o Gregório estava articulado com o movimento das Madres, articulado com as Madres, ajudando a constituir a universidade popular e nós tivemos a oportunidade de conversar com ele. Uma outra companheira da Universidade de Buenos Aires, a Dulce Soraya, brasileira que mora há 60 anos na Argentina e outras pessoas que tínhamos contato. O Mario Testa, a Margareth Zaltua, o Alfredo Mofatt, o Armando Bauleo, o Angel Fiasché, o Fernando Ulloa, esse time. Começamos a nos reunir, falar e fazer e fizemos o primeiro congresso. Tambem aqui no Brasil uma pessoa importante que apoiou foi o Antonio Lancetti, Gregorio Baremblitt. Foi a oportunidade de reunir essa velha guarda dos trabalhadores de saúde mental, da plataforma, de todas aquelas linhas e tendências e retomar e politizar. Então essa foi a ideia da gente criar os congressos. O primeiro foi em 2002, logo depois do fórum social mundial. A gente criou uma rede entre ABRASCO, CEBES, ALAMES, então a gente articulou uma rede mesmo e conseguimos fazer os eventos potentes com as Madres (AMARANTE, 2018).

Gregório Kazi foi sem dúvida outro importante articulador dos congressos, sendo responsável pela apresentação do livro que reuniu os trabalhos e debates do I Congresso Internacional de Saúde Mental e Direitos Humanos, em 2002:

> *Hace unos cinco años comenzamos a soñar con la gestación de dabate critico, riguroso y fraterno que posibilitaran la construcción dinâmica de un colectivo en que fuera posible concebir, de maneira consistente, los lazos entre territórios tan complejos y diversos como los de la salud mental y los derechos humanos. Tal busqueda respondia, ente sus motivos visibles, a lo que considerábamos una serie de necesidades: forjar inventivamente relaciones entre los trabajadores de la salud mental, militantes sociales e intelectuales que promovieran interaciones inéditas tendientes a trazar zonas en comum en las que poner en juego práxis transformadoras. El establecimiento de tales vínculos devendrian de la capacidad de ir configurando-los entre los que transitáramos de modo cooperativo, inquieto y solidário un espacio compartido, cohabitado, que alojara el intercambio de conocimientos, discursos y praticas. De ese modo, en tanto producción de un grupo que se fue ampliando, modificando y multiplicando, nació el Primer Congreso de Salud Mental y Derechos Humanos organizado por la Universidad Popular Madres de la Plaza de Mayo y por la Asociación Madres de Plaza de Mayo* (KAZI, 2004, p.7).

Na articulação argentina, o movimento social das *Madres de La Plaza de Mayo* e sua luta pelos filhos e desaparecidos políticos integram a expressão e categoria Direitos Humanos (TELLO, 2001; BALBOA, 2010). O mesmo ocorre no Brasil desde o encontro de Belo Horizonte da rede latino americana de alternativas à psiquiatria, quando práticas alternativas são pensadas ao mesmo tempo da organização dos grupos oprimidos (mulheres, índios, exilados, homossexuais). Assim a categoria Direitos Humanos passa a ser uma forma de resistir à violência institucional, de lutar por filhos desaparecidos e de denunciar a psiquiatrização do conflito social por meio do manicômio:

> *Los derechos humanos son unas palabras que inventó las Naciones Unidas hace muchos años, con una gran declaración y que todo el mundo viola. Nosotras no necesitamos de palabras grandilocuentes. Son palabras muy usadas y muy pisoteadas por el enemigo ultimamente, se han convertido en esas palabras que de tanto usarlas se olvidan. Nosostras hablamos de la defensa de la vida, de la salud, del trabajo de todos, eso es lo que vale. Me parace que la 'Declaración de los Derechos Humanos' como tal, quedó em declamación, em palabras, y nosotras queremos convertidas en acción por el derecho a la vida.*
>
> *Que cuando son violados todo los derechos, la gente perde su salud mental. Y que otros tratamos de tener mucha salud mental para luchar para que esos derechos no se violen. Están entrecruzados los dos aspectos. Esta sociedade está alienada y los ves cotidianamento en aquellos que dicen que ya no se pueden comprar el perfume que usaban, los que salen a la calle porque tienen la plata em el corralito y no vem que hay otros que tienen a sus hijos muertos porque no tienen trabajo. No creo que la locura sea una enfermedad, creo que es un estado alucinante en el cual se trata de romper con todos los esquemas que la sociedad te propone. Y ese grado de locura alucinante que tenemos las Madres de querer romper con todo, de ser leales en todo, de mostrarle al mundo que se pueden tomar los espacios, calles, plazas, lugares, espacios, muestra un grado de personalidad muy flerte, muy dura, a la vez muy tierna y muy comprometida que tenemos las madres. Esto nos permite revelarnos cuando no queremos algo. Nos pueden empujar y los dejamos, avanzamos lenta pero inexorablemente por este camino que nos lleva a la revolución* (BONAFINI, 2004, p. 16-17).

De 2002 a 2013 foram realizados doze congressos internacionais. No quadro apresentado no Apêndice 1 foi possível reconstruir os principais temas, países participantes e integrações da luta antimanicomial produzidas nos congressos. Através da revisão e leitura dos anais, relatórios e especialmente, de textos originados das reflexões produzidas durante os congressos, é possível concluir que houve participação de representantes de todos os países latino-americanos, inclusive da América do Norte. Outra caracterísitica importante que destaquei no quadro síntese foi a integração gradativa de outros movimentos e temas sociais nos encontros, revelando mais uma vez o caráter amplo e a diversidade do movimento antimanicomial latino-americano.

É importante registrar que em 2008, entre 22 e 25 de maio, aconteceu, na cidade do Rio de Janeiro, o II Fórum Internacional de Direitos Humanos e Saúde Mental, com a

coordenação executiva de Paulo Amarante. O evento, realizado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) no Brasil, teve participação de três mil pessoas de toda a América Latina e ficou registrado como o maior encontro do movimento antimanicomial latino-americano, desde o terceito encontro da rede alternativas à psiquiatria de 1983. Muitos organizadores e fundadores dos congressos internacionais de saúde mental e direitos humanos, a exemplo de Gregório Kazi, participaram do fórum, que também reuniu representantes de outros países, especialmente da Itália.

Em 26 de janeiro de 2006, a chamada "Marcha da Resistência" deixou de ser executada pela Associação das Mães da *Plaza de Mayo*. Hebe de Bonafini, histórica líder e dirigente das *Madres,* afirmou que "já não existe um inimigo na Casa do Governo". Outros grupos de direitos humanos e partidos de esquerda discordaram e anunciaram novas marchas de resistência. Foi a primeira de muitas divisões e dissensos entre os movimentos sociais argentinos devido à influência e participação no governo de Néstor Kirchner e Cristina Fernández de Kirchner.

Em 2007, o ex-chefe de governo da cidade, Jorge Telerman, entregou 60.000 m² do prédio conhecido como Elefante Blanco à Fundação Mães da Plaza de Mayo. A organização instalou um jardim materno, salas de aula para treinamento, um ginásio, duas salas de jantar com cozinhas, um vestiário, dois postos de segurança e uma oficina de costura. Os congressos internacionais de saúde mental e direitos humanos passaram a receber financiamento do governo da Argentina. No programa do X Congresso, de 2011, há uma fotografia de Hebe Bonafini e Néstor Kirchner ilustrando o livro que contém o programa do evento.

A Associação permaneceu próxima do *kirchnerismo,*administrando um programa habitacional financiado pelo governo federal, *Sueños Compartidos*, que foi fundado em 2008. Até 2011, o programa havia completado 5.600 unidades habitacionais destinadas a moradores de favelas, e numerosas outras instalações em seis províncias e na cidade de Buenos Aires.

Seus orçamentos crescentes, que totalizaram cerca de US$ 300 milhões alocados entre 2008 e 2011 (dos quais US$ 190 milhões foram gastos), tornaram-se alvo de auditoria. Houve controvérsia quando o diretor financeiro do programa, Sergio Schoklender, e seu irmão Pablo (advogado da empresa) foram acusados de ter desviado fundos. Os irmãos Schoklender haviam sido condenados em 1981 pelo assassinato de seus pais e cumpriram quinze anos de prisão. Depois de ganhar a confiança de Hebe Bonafini, eles estavam gerenciando as finanças do projeto com pouca supervisão das Mães da Praça de Maio.

Em 2011, o gerente da Fundação, Sérgio Schoklender, foi acusado de acumular artigos de luxo. Sua amizade com a Associação terminou depois que Hebe Bonafini soube das irregularidades em lidar com as finanças do grupo. Após uma investigação ordenada por um juiz federal, a Secretaria de Obras Públicas cancelou o contrato do programa em agosto de 2011. Quando o retorno à praça foi feito na quinta-feira após a denúncia ter sido efetivada, uma grande mobilização e um abraço simbólico foi realizado como meio de reparação e apoio à fundação das *Madres.*

Esses acontecimentos provocaram muitos debates e controvérsias entre os líderes, militantes e organizadores dos congressos internacionais de saúde mental e direitos humanos. Gregório Baremblitt devolveu o título de *Doutor Honoris Causa* recebido da Universidade Popular das *Madres de la Plaza de Mayo*. Gregório Kazi, líder do *Movimento de desmanicomización y trasnformación institucional* e principal organizador dos congressos, deixou a fundação e a universidade popular, passando depois de algum tempo a residir no Brasil. Paulo Amarante fala da implosão que esses acontecimentos provocaram na realização dos encontros do movimento antimanicomial:

> Esses eventos potentes das Madres implodiram por questões externas a saúde mental e a luta antimanicomial. Tanto da política nacional, com uma mudança na politica argentina, com uma ginada para direita; quanto da denúncia de corrupção de um funcionário, que não foram as Madres, dois funcionários, ele e o irmão, tudo se perdeu. Mas foi um movimento riquíssimo, embora, nós mesmos depois avaliando, pensamos que deveria ter mais atores sociais, mais movimentos, mais usuários, mais sobreviventes, para sustentar esses encontros na América Latina. (AMARANTE, 2018).

Nesses treze anos, os congressos internacionais de saúde mental e direitos humanos produziram enormes efeitos nos países da América Latina. Não só se instalou na agenda pública o problema da saúde mental e dos direitos humanos, mas também se deu visibilidade aos usuários outorgando-lhes um lugar de voz e participação. Geraram-se, a partir dos congressos, novos movimentos de desmanicomização, que, a exemplo da Argentina, conseguiram mobilizar sociedade e Estado para aprovação da lei nacional de saúde mental em 2010. Essa lei é um efeito potente dos congressos internacionais promovidos pelas *Madres*.

Um dos dilemas dos movimentos sociais é o da organização. Manifestantes, líderes e ativistas defrontam-se com muitas escolhas sobre como formalizar suas lutas por meio das regras, levantamento de recursos financeiros e equipes e espaços próprios. Formalidades como essas ajudam a manter as atividades ao longo do tempo, mas também podem mudar essas atividades. O objetivo de sustentar e proteger as organizações dos movimentos sociais

aparece ao lado da sua luta original e pode ganhar espaço se tornando objetivo básico. Essa virada pode levar a escolhas e decisões desastrosas:

> Atores estratégicos muitas vezes se aliam a outros, dotados de recursos, conexões políticas, *know-how* e acesso a públicos. Por meio dessas fontes de poder, é possível promover os interesses do movimento. Mas, evidentemente, esses aliados também têm objetivos próprios, que nunca coincidem extamente com a luta dos movimentos. Eles podem usar o poder de que dispõem para desviar o movimento a fim de que atenda à suas próprias necessidades tão facilmente quanto podem usá-lo para favorecê-lo. Um político pode assumir uma causa, por exemplo, mas no processo reinterpretá-la de modo que ela pareça apoiar suas propostas favoritas. Partidos e políticos tradicionais costumam ter um efeito moderador ou devastador sobre as demandas de um movimento (JASPER, 2016, p. 155).

O envolvimento das *Madres* com partidos políticos e governos revelou o perigo que os movimentos sociais correm ao enfrentar as ondas geopolíticas que avançam pela América Latina. A implosão dos congressos internacionais de saúde mental e direitos humanos revelou o perigo de passar do movimento à onda se perdendo e se desintegrando.

Seriam necessários mais alguns anos à frente, desde 2013, para o movimento antimanicomial latino-americano voltar a se reunir e retomar a luta antimanicomial na América Latina. Todavia, esse recomeço, uma nova integração, se faria em um contexto histórico e geopolítico mais uma vez bastante diferente do que possibilitou a construção dos congressos internacionais de saúde mental e direitos humanos. Uma nova onda geopolítica já percorria o mundo e a América Latina desde 2008. A onda conservadora marca ao mesmo tempo um novo cenário de lutas sociais, mas também uma nova tentativa de integração do movimento antimanicomial latino-americano.

## 3.3 *Latino America sin manicomios*: a construção da Rede Latino-americana e Caribe de Direitos Humanos e Saúde Mental

Após o declínio dos Congressos de Saúde Mental e Direitos Humanos organizados anualmente a partir da Universidade das Mães da Plaza de Mayo, o espaço de encontro na América Latina de uma práxis crítica em instituições psiquiátricas, academias, movimentos sociais autônomos e da esquerda, permaneceu vazio. Desde antes de 2013, quando foi realizado o último congresso internacional das *Madres*, um novo movimento geopolítico de cunho conservador passou a influenciar a América Latina, provocando mudanças no cenário político, que, mesmo que ainda não completamente explicado, modificaram completamente as relações entre os países da região.

A onda conservadora tem sido explicada como um fenômeno político que, desde 2010, tem avançado na América Latina, especialmente nos países da América do Sul, com a eleição de governantes ditos de direita ou conservadores. No mundo o fenômeno está ligado à eleição de Donald Trump nos Estados Unidos e a ascenção de partidos de extrema-direita em países da Europa.

Do ponto de vista econômico, a crise financeira de 2008 ergueu uma nova arquitetura geopolítica que produz na América Latina uma intensificação das forças de desintegração regional:

> Os novos governos ccontaram, num primeiro momento, com ventos favoráveis do ciclo de crescimento da economia mundial até 2008, e agora enfrentam em conjunto o efeito desaglutinador da crise econômica mundial, por isso o que se deve prever para o período de crise é uma pressão econômica e política cada vez maior, de fora e de dentro da própria região. Já não há possibilidade de escapar da pressão competitiva mundial, e isso acelera a formação objetiva e incontornável de um subsistema estatal no continente latino-americando, potenciando o poder interno e externo dos seus Estados (FIORI, 2014, p. 198).

Esse "caleidoscópio mundial" (FIORI, 2014, p. 200) acabou por transformar a América Latina, mais exatamente a América do Sul, em uma "zona de fratura internacional onde podem surgir conflitos e rebeliões que envolvam as grandes potências e as empresas que competem pelo controle da região" (FIORI, 2014, p. 161).

As "zonas de fratura" para Fiori (2014) são territórios geopolíticos onde se dão as disputas e as grandes rebeliões em torno da expansão capitalista. Nelas são travadas batalhas ideológicas, mas também se multiplicam guerras civis, conflitos sociais e disputas regionais intensas:

> Na segunda década do século XXI, o contexto mundial de crise e o aumento da belicosidade e da competitividade internacional estão anunciando – uma vez mais – o surgimento de condições externas favoráveis a uma nova era de convergências entre as políticas de autoproteção social e nacional, dentro dos países situados nos escalões inferiores do sistema interestatal capitalista (FIORI, 2014, p. 206).

A América Latina passou assim a funcionar como uma "zona de fratura" a partir da crise de 2008, quando seu território, suas riquezas e especialmente sua posição geopolítica a coloca no centro do xadrez mundial, mais uma vez, forçando seus países e povos a adorarem ambíguas e perversas políticas de governo:

> A integração comercial e financeira global fortaleceu a classe capitalista em relação ao proletariado em cada país ao permitir às transnacionais deslocar suas empresas para países em que o custo da mão de obra é menor. A crise colheu a América Latina pela fuga das divisas fortes, extinção do crédito externo e queda das exportações, das inversões estrangeiras e das remessas dos emigrados. A crise se generaliza com as demissões em massa, a difusão do pânico que faz o crédito

> encolher, derrubando as vendas de bens de maior valor e os investimentos (SINGER, 2009, p.1).

Para, além disso, a crise mundial do capitalismo e do próprio capital (MÉSZÁROS, 1998) "sobretudo nos períodos de crise, produz e reproduz fenômenos como o fascismo, o racismo, os golpes de Estado e as ditaduras militares" (LÖWY, 2015, p. 663). Nesse tipo de contexto histórico, também as políticas de saúde mental tendem a ser afetadas, como acontece com as demais políticas sociais, uma vez que nas crises, os conflitos sociais se intensificam. O impacto recente sobre a saúde mental vem reforçando a atualização de práticas medicalizantes e desumanizadoras das políticas sociais, influenciadas pela onda conservadora e reacionária. Pode-se dizer que a América Latina~~,~~ passou mais uma vez o seu território a ser um enorme campo de sofrimento e produção de desigualdades:

> No campo da saúde mental, como nas áreas sociais em geral, na segunda década do século XXI o momento é de grande preocupação frente aos tremendos obstáculos que se colocam dia a dia em meio a um contexto político de instabilidade, ataque selvagem aos bens públicos e desresponsabilização por parte dos governos, gestores e administradores em geral. É inegável uma movimentação de forças vinculadas aos grandes interesses capitalistas multinacionais, corporativos e particularmente ao complexo médico – hospital – farmacêutico para destruir, minar ou enfraquecer as conquistas de direitos até aqui estabelecidos. Bandeiras são levantadas e dispositivos administrativos e financeiros vêm sendo utilizados para forçar a volta dos manicômios, a medicalização em massa, o genocídio das populações indígenas, a colonização cultural das crianças e adolescentes, o enfraquecimento das comunidades como atores sociais e a expansão das unidades prisionais, entre outros (OLIVEIRA, 2017, p. 17).

É nesse novo contexto histórico, sombrio e incerto, que o movimento antiamanicomial latino-americano voltou a construir uma nova integração de pessoas, líderes e grupos, retornando e atualizando a luta antimanicomial em meio a grande crise que assola a América Latina. O objetivo deste item é apresentar a construção da rede latino-americana e do caribe de direitos humanos e saúde mental, mostrando como ela representa uma nova integração do movimento antimanicomial latino-americano na atualidade da crise econômica e política na região.

Em 27 de junho de 2017 foi criada a Rede Latino-americana de Direitos Humanos e Saúde Mental, no 1º Encontro Latino-americano de Direitos Humanos e Saúde Mental, realizado em Florianópolis. A carta do encontro definiu os seguintes objetivos:

- Incentivar o intercâmbio ativo entre seus participantes, a fim de fortalecer a luta pela defesa de direitos humanos e saúde mental dos povos latino-americanos;
- Criar e/ou fortalecer as leis de saúde mental e direitos humanos em nossos países, que garantam a dignidade do povo;

- Fortalecer o desenvolvimento do modelo e da lógica da comunidade nos serviços de saúde mental, eliminando práticas manicomiais e punitivas;
- Apoiar iniciativas com uma perspectiva de direitos em pesquisa e educação, abrangente e interinstitucional que contribuem para o conteúdo dos processos de reforma;
- Preparar relatórios e documentos que afetem o desenvolvimento de políticas públicas em saúde mental e direitos humanos:

Figura 05 - Cartaz do 1º Encontro Latino-americano de Direitos Humanos e Saúde Mental, 2017

Fonte: Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME)

O 1º Encontro Latino-Americano de Direitos Humanos e Saúde Mental voltou a mostrar o protagonismo do Brasil nos processo de reforma psiquiátrica na região. Apesar de se chamar latino, só havia representantes da América do Sul, e assim mesmo na grande maioria de argentinos e uruguaios. Havia uma pequena delegação do Paraguai, um representante chileno, uma colombiana que não falou de seu país. No mais, brasileiros de diferentes estados e cidades.

As falas eram coincidentes e os brasileiros apresentavam denúncias fortes dos processos de tirania de Estado, avanço neoliberal e desmonte das políticas sociais, que vinham ocorrendo desde 2014, principalmente depois do golpe de maio de 2016, que ocorrera pouco antes do Encontro. Todos os participantes denunciavam, nas particularidades de seus países e cidades, o momento de tensão social que viviam. As emoções eram de revolta, às vezes

desânimo e a convocação era pela solidariedade e amizade. Em dez anos havia uma mudança assustadora nas expectativas das pessoas e no movimento antimanicomial latino-americano.

Mais uma vez, Paulo Amarante foi importante na conexão entre as pessoas da rede, como ficou claro na entrevista que deu para a pesquisa quer gerou esta tese:

> Dando aula lá em Lanús, encontrei com Andrés, que já o conhecia dos congresos das madres, tinha o livro dele já há muito tempo, comecei a conversar isso com ele e comecei a conversar com a turma do doutorado em Lanús de saúde mental comunitária, um programa conviniado a OPAS, foi um diálogo que estava presente na minha previsão de aula, mas que tomou uma característica grande. **Então a ideia da rede começamos a conversar com o Andrés**, vamos fazer, então eu contei a ele que o quarto encontro da rede alternativas à psiquiatria seria no Uruguai, tiramos lá em 86, em dezembro de 86, aliás eu tenho ai o cartaz original da rede, ai tiramos no último dia que seria no Uruguai, desencontrou, o pessoal desapareceu, não me lembro agora exatamente quem eram as pessoas, seria em 87, no Uruguai. Depois teve o fórum das madres, a ideia é que o primeiro fosse na Argentina, o segundo no Brasil e o terceiro seria no Uruguai chegamos a tirar o compromisso como Lanza, Alfonso Lanza, que se desencontrou, sumiu e não tivemos. Fizemos o terceiro lá na Argentina. Logo depois a associação das madres, a universidade teve aquele impacto com a questão dos irmãos Schoklender e desestruturou, além as mudanças de governo e política também.
>
> Com essa ideia da rede, com os alunos do doutorado, a Celeste, não foi só o Andrés, porque o Andrés, quando nós decidimos que era no Uruguai, **eu sugeri que fosse no Uruguai, por causa das duas vezes que não foram, eu disse: nós vamos ter que fazer no Uruguai agora Andrés.** Lá tinha o Nelson, a Maria José, a Débora Gribov, **eu trouxe todos aqui e fizemos o primeiro encontro latino americano durante o 3º fórum de direitos humanos e saúde mental em Florianópolis em 2017** (AMARANTE, 2018, grifos meus).

Paulo Amarante retomou a integração do movimento antimanicomial mais uma vez, convoca Andrés Techera e demais argentinos e uruguaios a construir um novo espaço de encontro. Oportunamente, a realização de um fórum de direitos humanos e saúde mental em Florianópolis seria utilizado para realizar a primeira reunião que se findaria com a criação de mais uma rede pela qual o movimento antimanicomial latino-americano voltaria a se organizar.

Andrés Techera, psicólogo e professor da *Universidad de la Nacion* (UDELAR) de Montevidéu, em entrevista para a pesquisa realizada para esta tese, contou como como passou a construir a rede latino-americana de direitos humanos e saúde mental, juntamente com Paulo Amarante:

> *A partir de 2004 se no me equivoco, o 2003 la red de personas que realizamos la primera investigación, nosotros empesamos a ir a los congresos de las madres de la plaza de mayo. Desde primer congreso fuimos, y empesamos a trabajar e intercambiar sobre la temática, ay de alguna manera empesamos a conocer otros atores, a otras perpectivas del movimiento antimanicomial, por de la reforma de la salud mental, entre ellos, Paulo Amarante. Pero muchos otros, como Gregorio Baremblitt, Ulloa, enfin uma infinita lista. Personas muy muy importante para el movimiento en Latino America que fueran una referencia absoluta para mi, hasta el*

> *dia de hoy. Ay sendo yo estudiante conoci a Paulo Amarante. Con los años, cuando se publicó lo libro "La sociedad del olvido", yo le presente uno ejemplar de lo libro en un congreso de las madres. Cuando los congresos se disoveran, porqué infelizmente se disolveran, a tomar otra forma, perdi contacto con Paulo Amarante. Tanto asi que nosotros en un momento tuvimos la idea de mantener contacto con Paulo para escrebir algo sobre ese libro, pero eso no fue posible por la circuntacia de la vida. Luego em 2015 asiendo yo doctorado en salud mental comunitaria en la Universidad Nacional de Lanus donde el es un de los profesores, es un profesor invitado, yo tengo la supresa, por cuanto yo no sabia, el era uno de los docentes, lo reencuentro pasados unos ocho años, y le presente de nuevo un ejemplar de lo libro "La sociedad del olvido" porqué yo no me recordava de que le havia dado. E Paulo a lo otro dia se a posto muy feliz del encuentro, recuerdamos los congresos de las madres, el me recordo que ya tenia en su biblioteca el libro y fue uma cosa muy linda. A partir de ay generamos un vinculo muy extrecho con Paulo, mucho companherismo, de amistad.* ***Y nos recordió en lo curso que estaba dandonos que podíamos generar uns instancia de encuentros, un primer movimiento que aprovechaba el foro de direchos humanos en Florianopolis, el foro del ABRASME, que era Florianopolis um lugar relativamente cerca para nosotros uruguayos y relativamente cerca para los argentinos tambien, que haciemos un primer encuentro.*** *Pensamos en como chamarlo, de distintas maneras.* ***Pero fue asi que en una idea de salon con otros compañeros de curso que empesamos a soñar y despues a trabajar para darle forma a ese primero encuentro que ocorió en Florianopolis e 2017****. Desde mi trabajo en la Universidad de La Republica pude ayudar bastante para ese encuentro, trabaje mucho en la reunión, en la administración, las invitaciónes. Porque hasta ese momiento eramos muy poquitos trabajamos neso y se somo Daniel Lomanaco que nos ayudo, y se somo otras personas argentinas, y essa fue mia vinculación al primer encuentro latino americano, chamamos asi.* ***Y nese primer encuentro se fundo la red latino americana*** (TECHERA, 2018, grifos meus).

É muito interessante a ligação feita por Paulo Amarante à rede latino-maericana de alternativas à psiquiatria, através do encontro que não se realizou no Uruguai em 1987. Na sequência Andrés Techera continua essa ligação resgatando a importância dos congressos internacionais de saúde mental e direitos humanos das *Madres.* São justamente essas ligações, que analisei anteriormente, que propiciaram a invenção de uma nova integração do movimento antimanicomial na América Latina. A realização do primeiro encontro latino-americano de direitos humanos e saúde mental representa, assim, uma contínua e persistente ligação entre pessoas e grupos que integraram diferentes momentos da organização do movimento ntimanicomial latino-americano.

O evento foi encerrado com a escrita e leitura da "Carta de Florianópolis", um documento que, entre denúncias e convocatórias, criou a "Rede Latino-Americana de Direitos Humanos e Saúde Mental". Um momento muito emocionante no qual o movimento antimanicomial latino-americano construía uma nova integração:

> *Declaración del Primer Encuentro Latinoamericano de Derechos Humanos y Salud Mental: 27 de junio del 2017.*
>
> *Reconociendo:*

*Los retrocesos en los derechos humanos,el campo de la salud mental y las políticas públicas en drogas en nuestros países.*

*Que los sistemas territoriales de atención y cuidado a la salud mental, así como las prácticas comunitarias se encuentran menoscabadas y limitadas, reproduciendo lógicas manicomiales y punitivas.*

*Que persiste la violación de los derechos humanos en el modelo actual, que justifican acciones que representan la franca violación a los derechos de las personas.*

*Que falta participación, accesibilidad e igualdad de las personas que son protagonistas del sistema de salud mental.*

*Que aún no se ha eliminado la hegemonía de las instituciones de encierro, de los hospitales psiquiátrico y de las lógicas manicomiales.*

*Que faltan iniciativas legislativas para garantizar el ejercicio pleno de la capacidad jurídica de las personas, eliminando definitivamente la interdicción.*

*Convencidos:*

*De la necesidad e importancia de la participación y articulación entre los participantes de este Encuentro, provenientes de diferentes países.*

*De que la resistencia al avance se traduce en el ejercicio de una ciudadanía activa.*

*De la necesidad de reconocer y fortalecer el pleno ejercicio de los derechos por parte de las personas com sufrimiento psicosocial/ usuarios de los servicios de salud mental y respetar sus decisiones en la implementación de políticas públicas.*

*De contar con estrategias que sean efectivas para impedir este retroceso.*

*De contar con leyes que garanticen la dignidad de las personas, tanto en el abordaje como en el reconocimiento de sus derechos.*

*Declaramos:*

*Creada en este acto la: RED LATINOAMERICANA POR LOS DERECHOS HUMANOS Y LA SALUD MENTAL*

*Para:*

*Favorecer el intercambio activo entre sus participantes, con la finalidad de fortalecer la lucha por la defensa de los derechos humanos y la salud mental de nuestros pueblos.*

*Crear y/o fortalecer las leyes de salud mental y derechos humanos, en nuestros países, que garanticen en forma efectiva la dignidad de las personas.*

*Fortalecer el desarrollo del modelo y las lógicas comunitarias en los servicios de salud mental, eliminando las prácticas manicomiales y punitivas.*

*Apoyar iniciativas con una perspectiva de derechos en investigación y educación, integrales e interinstitucionales que contribuyan al contenido de los procesos de reforma.*

*Elaborar informes y documentos que incidan en la elaboración de políticas públicas*

No encontro, foi formada mais uma rede para organizar o movimento antimanicomial latino – americano:

Figura 06 - Fotografia oficial do 1º Encontro Latinoamericano de Direitos Humanos e Saúde Mental. Florianópolis/SC, Brasil, 2017

Fonte: Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME)

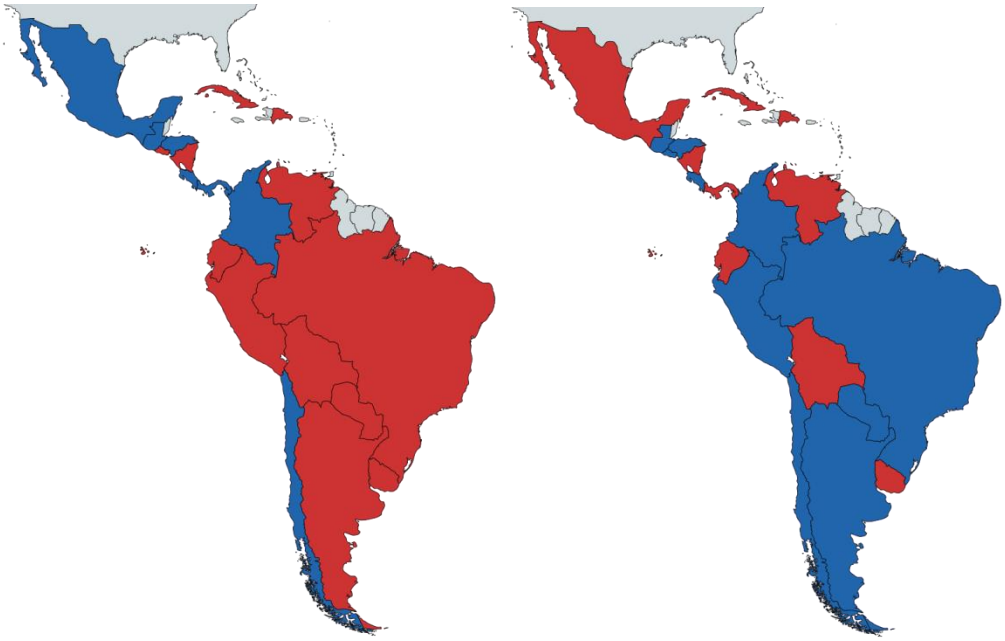
No encontro foi decidido que o segundo seria realizado em Montevidéu, no Uruguai. Andrés TECHERA explica a importância dessa decisão:

> *El Uruguay es un pequeño país, al lado de sus grandes vecinos, las escalas son incomparables, su población total no alcanza a ser una ciudad de Brasil. De cualquier manera a lo largo de los años Uruguay ha jugado un papel importante de articulador y dinamizador de algunos procesos que vinculan estrechamente e históricamente a los tres países.*
>
> *En los últimos años el Uruguay se ha convertido en una suerte de referencia regional en términos de democracia y preservación de un modelo político de izquierda. Desde la asunción del gobierno en 2005, el Frente Amplio ha dinamizado numerosos y conquistas sociales, solo a modo de ejemplo desde esa fecha unas 850.000 personas han salido de la pobreza. Actualmente se ubica en un 9% de su población, comparado con el promedio en América Latina que está en el entorno de un 30,7%. Uruguay es el país con mejor distribución per cápita de la riqueza en el continente más desigual del mundo.*
>
> *En la misma dirección, importantes leyes fueron aprobadas producto de las innumerables luchas y reivindicaciones sociales. Solo a modo de repaso mencionamos: la Ley sobre salud sexual y reproductiva (2008), Ley de Matrimonio Igualitario (2013), Ley de regulación y control del cannabis (2013), Ley de Interrupción voluntaria del embarazo (2014), Ley de reproducción asistida (2015), Ley de salud mental (2017), en 2018 se encuentra en el parlamento para su aprobación la Ley de los derechos de las personas trans.*
>
> *Según Paulo Amarante desde la organización del último encuentro de la Red de Alternativas a la Psiquiatría en Buenos Aires en 1986, se había previsto que el próximo encuentro se realizara en Montevideo al año próximo. Esa idea se vio truncada por la coyuntura política que coincide con los primeros años de la salida de la dictadura en Uruguay (1985) que encuentra los movimientos sociales sumamente diezmados.*

> *El segundo encuentro latinoamericano de derechos humanos y salud mental se gesta en un contexto de avance de políticas regresivas y conservadoras en la región. En este sentido Uruguay aparece como un reservorio y escenario propicio para el encuentro y reorganización de los movimientos progresistas de todo el continente.*
>
> *La flamante ley de salud mental aprobada en Uruguay en agosto de 2017, estipula el año 2025 como fecha límite para el cierre de los Manicomios, esto fue visto como una oportunidad para los colectivos y organizaciones que participaron del primer encuentro en Florianópolis. Por un lado apuntalar el proceso uruguayo y por otro una oportunidad de reconstituir la trama del proceso de reforma de la salud mental en América Latina* (ASSIS, TECHERA, 2018).

Assim o Uruguai passou a ser um dos últimos espaços possíveis de se realizar o encontro do movimento antimanicomial latino-americano ante a onda conservadora que avançou por toda América Latina:

Figura 07 - Representação onda rosa e onda conservadora na América Latina



Fonte: Elaboração própria.

O Uruguai tem uma história muito parecida com os demais países da região na estruturação de sua política de saúde mental. Desde a inuagração do primeiro hospital psiquiátrico, a construção das colônias de alienados, a chegada dos medicamentos psiquiátricos e a construção de planos de saúde mental como primeiras estratégias de reorganização da política pública para área:

> *Haciendo un poco de historia, en nuestro país las primeras internaciones por trastorno mental se remontan al año 1778 en el Hospital de Caridad, pubicado en Montevideo. El primer nosocomio, llamado "Asilo de Dementes", funcionó en la quinta de Don Miguel de Vilardebó en el año 1860. Pero el punto inaugural es la apertura del Manicomio Nacional en 1880, más tarde llamado Hospital Vilardebó.*

> *Como medida para combatir el hacinamiento se funda en 1912 la Colonia Etchepare a 79 kilómetros de Montevideo. Tanto el hospital como las colonias se constituyen a partir de allí como centros de "contención" de las capas sociales más vulnerables. El hacinamiento continúa hasta nuestros días, siempre son más las personas institucionalizadas que las camas disponibles.*
>
> *Hasta los años 50 nos encontramos frente a una etapa pre-farmacológica, en la que el negocio se encontraba en la explotación del "loco" como mano de obra. Los pacientes eran sobre todo inmigrantes, que no lograron adaptarse a sus nuevas condiciones de vida. Era una población distinta a la población marginal de hoy en día. Muchos de los inmigrantes traían diversos oficios, entre ellos algunos artistas como el conocido Cabrerita.*
>
> *A partir de los años 50 asistimos a la entrada del tratamiento psicofarmacológico en Uruguay, trayendo importantes cambios en la asistencia psiquiátrica.*
>
> *En 1966 se abrió una nueva fase en la psiquiatría nacional. Apareció el crítico informe de Pierre Chanoit, que sirvió de inspiración para el Plan de Salud Mental de 1972. La dictadura frenó el proceso de transformación propuesto.*
>
> *Pero en la década de los ochenta la situación comenzó a cambiar debido a la nueva coyuntura política y a la reapertura democrática.*
>
> *En 1986 el Ministerio de Salud Pública aprobó el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), intentando retomar las líneas planteadas en 1972. El nuevo plan tenía como cometidos la Atención Primaria en Salud, la creación de equipos de salud mental en los hospitales generales, la descentralización del servicio hacia todo el interior del país, la creación de centros de rehabilitación.*
>
> *Si bien el Programa Nacional de Salud Mental de 1986 estableció avances importantes, en cuanto al cambio de modelo de atención nunca fue desarrollado por falta de recursos y disposición política. Como establecíamos anteriormente, las décadas posteriores se caracterizaron por Gobiernos de flerte impronta neoliberal, donde los recursos destinados a la salud en general y a la salud mental en particular fueron muy reducidos. A mitad de la década de los 90 se operan algunos cambios en las estructuras de Asistencia, entre ellos el cierre del Hospital Psiquiátrico Musto, la creación de algunos equipos multidisciplinarios comunitarios de salud mental; intensificándose los procesos de desinstitucionalización de personas con padecimientos psiquiátricos sin dispositivos de inclusión social y atención intermedia. Este proceso se intensificó y agravó con la crisis del 2002, aumentando los procesos de desafiliación y marginalización de personas con padecimientos psiquiátricos, manifestándose iguales carencias en las acciones dirigidas a la prevención, la promoción y la atención de la salud mental* (TECHERA et al, 2013, p 20-21).

Como se vê a conjuntura política do país tem forte determinação na política de saúde mental, que se desenvolve a partir das aberturas ou fechamentos do regime político que se alterna entre ditaduras e democracias. A partir de 2005 um novo cenário político possibilitará uma reconfiguração da poítica de saúde mental. A chegada ao governo do partido de esquerda *Frente Amplio* possibilitou a incorporação dos direitos humanos à política de saúde mental e à instalação de processos de revisão da lei nacional, a criação de propostas para organização dos serviços, concomitantemente a construção do Sistema Nacional de Saúde Integral:

> *El 2005 constituye nuestro pasado reciente y un cambio importante a nivel de las políticas públicas dirigidas a la salud em general y mental en particular.*

> *El gobierno de izquierda promovió la participación a través de la Comisión Asesora Técnica Permanente (C.A.T.P.) del Programa de Salud Mental, a los efectos de construir lineamientos participativos dirigidos a la Salud Mental, tanto desde las prestaciones específicas a desarrollar, como desde las perspectivas vinculadas a los aspectos culturales,legislativos, y de DDHH concernientes a la problemática.*
>
> *En materia de DDHH cabe destacar que Uruguay incorporó a su ordenamento jurídico la Convención sobre los Derechos de las Personas com Discapacidad (aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas), a través de su ratificación por la ley Nº18.418 del 4/11/2008 que, conjuntamente con la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (aprobada por la Asamblea General de la OEA), constituyen dos pilares fundamentales en el abordaje general de la discapacidad, por ende de la salud mental* (TECHERA et al, 2013, p. 22)

A crescente organização dos movimentos sociais e grupos de ativismo no país, impulsionada pelos governos de esquerda, possibilita a organização do movimento antimanicomial no Uruguai, que passa a pautar, lutar e conquistar fortes mudanças na saúde mental nacional, que culmina com a aprovação da nova lei de saúde mental:

> *En Uruguay estuvo vigente hasta el año pasado la Ley del Psicópata, aprobada en la dictadura de Gabriel Terra en 1936. En los años 2000 fue creciendo la necesidad juntarse, pensar y problematizar esta situación. No se trata de un hecho aislado. Se trata de una respuesta planificada por el sistema en el que vivimos, que intenta aplastarnos diariamente. Comenzamos a darnos espacio para preguntarnos ¿cuántas son las personas fallecidas trágicamente en las Colonias de alienados y Hospitales Psiquiátricos en nuestro país en los últimos 20 años?, ¿en qué condiciones?, ¿cómo fueron investigadas? ¿Cómo es que hemos naturalizado e invisibilizado durante décadas el encierro en Instituciones Asilares sin posibilidades de vida comunitaria para las personas y con la presencia de un tutelaje de institucionalización mortífero? Fue así que en los últimos años varias organizaciones y colectivos, tomando ejemplos de reformas legales en torno a la salud mental acontecidas en la región (Brasil y Argentina son un ejemplo) iniciaron una lucha por una nueva ley de Salud Mental. El proceso de legislación que finalizó en agosto de 2017, con la promulgación de la Ley de Salud Mental 19.529, escasamente ha incluído en el debate una autocrítica y asunción de responsabilidades acerca de la vulneración de derechos provocados por las condiciones del encierro y la lógica manicomial* (HEMISFERIO IZQUIERDO, 2018)

O coletivo que reúne o movimento antimanicomial no Uruguai se forlatelece e passa a influenciar fortemente a construção da política de saúde mental. Reúne professores, estudantes, ativistas e movimentos sociais. Mas foi a morte de um morador na colônia, atacado por cães, que disparou a luta antimanicomial e a realização das marchas pela desmanicomização do país:

> *La Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna, es un colectivo personas y de organizaciones sociales que trabajan en Uruguay para que las locuras tengan un lugar y no sean sometidas a través de prácticas de encierro en Hospitales Psiquiátricos. Y si en todo caso, -el desvío intolerable- cae en la atención como una situación de salud mental; que esta atención no sea violenta, ni de sometimiento.*

> *Promovemos que esta atención se realice entre varias personas, comunicándose desde un relacionamiento interdisciplinario y desde una perspectiva que respete la autonomía y la libre determinación de las personas. Para ello es necesario cerrar los Manicomios y procesar un cambio de paradigma en el abordaje de la Salud Mental. Por eso nos hemos conectado y querido contagiarnos de que es posible. Muchxs de nosotrxs, integrantes de la Asamblea Instituyente, hemos vivido el sometimiento o los efectos de él, cuando el encierro se precipita en una persona que hemos querido, o sobre nosotrxs mismxs. Porque nuestra locura no ha sido escuchada, y menos comprendida.*
>
> *A tres años de la muerte de Carlos Grecco, -atacado por perros- en la Colonia B. Etchepare, nos encontramos organizando el VI Encuentro Antimanicomial* (ASAMBLEA INSTITUYENTE POR SALUD MENTAL, DESMANICOMIALIZACIÓN Y VIDA DIGNA, 2018).

Vale lembrar que, tanto no Brasil quanto na Argentina, a conjuntura política se convertia exatamente no oposto ao cenário Uruguai. Na Argentina, desde a eleição de Mauricio Macri, uma forte política de desorganização das políticas sociais e da política de saúde mental, tem inviabilizado a efetivação da lei nacional de sáude mental, aprovada em 2010. Além disso, a extinção do Ministério da Saúde, em 2018, e a extinção da Diretoria Nacional de Saúde Mental, a esse vinculada, provocou demissão em massa de trabalhadores e o fechamento dos serviços comunitários de saúde mental, há pouco tempo constituídos:

> *Las legislaciones de nuestro país en materia de derechos humanos y salud mental se encuentran en riesgo desde que asumió el actual gobierno nacional de Mauricio Macri que lleva adelante un plan sistemático de endeudamiento, de saqueo de nuestros bienes comunes, privatista y ajustador.*
>
> *Durante el 2016 -cambio de gobierno mediante- el Estado nacional, vía la autoridad de aplicación, se posicionó como foco resistencial a los procesos iniciados con la ley 26657, afirmando formalmente cumplir con esta, pero invalidando los instrumentos o instancias creadas por la misma.*
>
> *Como resistencia a las embestidas del nuevo gobierno, las organizaciones del campo de la salud mental impulsamos la creación del Movimiento Nacional en Defensa de la ley de Salud Mental motivados por el avasallamiento que constituyó la derogación de la Resolución 1484/15, la cual se refiere a la habilitación de instituciones de salud incluyendo dispositivos intermedios y establece plazos claros para la "adecuación" y cierre de instituciones monovalentes. En su lugar se sanciona la Resolución 1876/16 la cual entre otras medidas regresivas avala la práctica de electroshock y recentra la disciplina médico-psiquiátrica por sobre el resto de las que componen el campo de la salud mental, tendiendo así al quiebre de la interdisciplina* (CONISMA, 2016).
>
> *En este contexto de retrocesos en nuestro país y en la región se suma el decreto de necesidad y urgencia del presidente Macri DNU No 908/16 acerca de la implementación de la Cobertura Universal en Salud (CUS) tendiente, a pesar de la nominación, a coartar el acceso universal a la salud* (ALMEIDA et al, 2018).

No Brasil, a ruptura democrática provocada pelo *impeachment* da Presidenta Dilma Roussef provocou uma onda de desmantelamento e destruição da política de saúde mental construída ao longo dos últimos trinta anos no país. Esse cenário de crise político-institucional

se acentuou com a eleição de um presidente ultraconservador em 2018, que tem construído uma contrarreforma com objetivos manicomizantes e desumanizadores:

> Após lacuna de nove meses, a maré contrarreformista ganhou força em 10 de fevereiro de 2017, com a indicação para o cargo de um quadro da Associação Brasileira de Psiquiatria, a qual, desde o início dos anos 2000, tornou-se ferrenha opositora da Reforma Psiquiátrica. Em dezembro de 2017, o novo coordenador aprovava na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), com algumas modificações, a proposta de "novas diretrizes" para as políticas de saúde mental no Brasil. Tais diretrizes foram reforçadas em 4 de fevereiro de 2019, com a divulgação da Nota Técnica 11/2019, intitulada "Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas". Retirado do ar após a enxurrada de críticas recebidas, não tendo sido integralmente sustentado pelo próprio ministro da Saúde atual, o documento anuncia "mudanças" que representam, na verdade, o retrocesso a um cenário que o país vem se esforçando para superar (LIMA, 2019, p. 2).

É nesse contexto político regional que o Uruguai passou a protagonista na construção de uma política de saúde mental desmanicomizante e espaço possível para realiação do II Encontro da Rede Latino-Americana de Direitos Humanos e Saúde Mental, em 2018. A construção desse segundo encontro teve participação intensa de Daniel Lomanaco que falou, em entrevista, da construção da rede e da realização do segundo encontro em Montevidéu:

> A gente pensou em fazer o próximo evento porque ficou muita coisa do primeiro encontro que teve uma repercursão muito forte, vamos tentar apostar no próximo evento que a partir dai a gente possa mobilizar novos atores. Foi quando saiu esse encontro de Montevidéu, que aí logo no finalzinho de dezembro, falamos: vamos fazer um Facebook. E ai a gente acordo e já tinha dez mil pessoas confirmadas. Foi quando a gente olhou e falou: estamos de frente de algo muito grande! Foi algo de muitos compartilhamentos que mudou toda minha perspectiva. E isso entrou na cadência do movimento brasileiro. Como já tinha acontecido a saída da presidenta Dilma foram vários acontecimentos que concomitantemente foram muitos positivoos para aquecer os motores da rede. Essa utopia, esse latinoamericanismo que a gente vai vivendo parece que em momentos de crise como estamos vivendo ele ressurge como um bom significante. A ideia da América Latina me parece que ressurgiu nesse momento e que nos ajudou a criar a rede e construir o segundo encontro. Hoje tem muito mais motores, muito mais gás. A própria questão dos direitos humanos antes da saúde mental me parece que fez a gente pensar que para falar de saúde mental precisamos sair só da saúde mental, o que trouxe novos atores. Eu acho que pra Rosário teremos umas cinco mil pessoas. Um movimento que levará cinco mil pessoas de toda latino – América com certeza. A rede tem um poder de convocatório muito grande! As pessoas se sentem convocadas, vieram e vão à Argentina. Com a mudança do nome colocando o Caribe aumentou a convocatória. Tenho certeza que chegaremos ao que siginificou os congressos das *madres* (LOMANACO, 2018).

O segundo encontro da rede latino-americana de direitos humanos e saúde mental aconteceu de 09 a 11 de outubro de 2018, em Montevidéu, e contou com a participação de mais de duas mil pessoas representando dezesse países da América Latina. As delegações do Brasil, Argentina, Chile e Uruguai eram as maiores, mas  a programação contou também com participantes do México, Estados Unidos, Honduras, Nicarágua, Paraguai, Peru, Bolívia e

Venezuela. Seu programa de atividades envolveu apresentação de trabalhos, debates, conferências, atividades artísticas e culturais em diferentes pontos da cidade. Ponto auge do encontro foi a realização da VII *Marcha por la salud mental, desmanicomialización y vida digna*, que reuniu mais de cinco mil pessoas na Avenida 18 de *Julio*, finalizada com um grande *show* com artistas latino-americanos:

Figura 08 - Cartaz do 2º Encontro Latino-americano de Direitos Humanos e Saúde Mental. Montevidéu, Uruguai, 2018.

Fonte: Rede Latino-Americana e Caribe de Direitos Humanos e Saúde Mental

Figura 09 - Fotogafias da VI Marcha pela Desmanicomialização e Vida Digna. Montevidéu, Uruguai, 2018

Fonte: Fotos tiradas pelo autor no evento.

Outro momento muito especial foi a realização da Assembleia da Rede Latino-Americna de Direitos Humanos e Saúde Mental, que, durante mais de duas horas de duração, concentrou os participantes do encontro na discussão da conjuntura e desafios que o movimento enfrentaria para sua organização, avanço e enfrentamentos:

Figura 10 - Fotografias da Assembleia da Rede Latino-americana e Caribe de Direitos Humanos e Saúde Mental, Montevidéu, Uruguai, 2018

Fonte: Fotos tiradas pelo autor no evento.

Na assembleia foi construída e aprovada a Declaração de Montividéu 2018, que se tornou o principal documento de organização, luta e divulgação do movimento antimanicomial latino-americano:

> *Los y las participantes del II Encuentro de la Red Latinoamericana de Derechos Humanos y Salud Mental, realizado en Montevideo/Uruguay entre los días 9, 10 y 11 de octubre de 2018, reunidas/os en ASAMBLEA el día jueves 11 de octubre en el Paraninfo de la Universidad de la República (UdelaR), manifestamos que:*
>
> *El crecimiento en América Latina y Caribe, de discursos de intolerancia, de odio junto a la implementación de políticas neoliberales implican un fuerte retroceso en el acceso y ejercicio de derechos. Reflejándose en el avance de movimientos y gobiernos de claro contenido fascista vulnerando derechos humanos con fuerte impacto en la salud mental.*
>
> *Los contextos actuales en los que coexisten la criminalización de la pobreza, la desigualdad, el hambre, la represión, la militarización y las guerras, implican un fuerte impacto social y en la subjetividad que profundizan: la segregación, discriminación y prejuicios de territorios y poblaciones invisibilizadas.*
>
> *Estos procesos de segregación psicosocial aumentan el estigma sobre el sufrimiento mental y profundizan un sistema abusivo y punitivo, donde persisten la institucionalización y prácticas que vulneran los derechos humanos, como son las salas de aislamiento, electrochoques, medicalización y otros tratos crueles y degradantes.*
>
> *Con esta perspectiva, en este II Encuentro se acuerdan las siguientes denuncias colectivas:*
>
> *Que las diversas políticas regresivas, que se están implementando en toda nuestra región, de ajustes fiscales y privatizaciones, ponen en riesgo los derechos, en pro del sector financiero especulativo, vulnerando los tratados internacionales de derechos humanos, la dignidad de los pueblos y la preservación de la vida de nuestro planeta;*
>
> *Que las diversas formas de violencias practicadas por las fuerzas represivas del Estado y fuerzas paramilitares, en los barrios, favelas y comunidades populares en Latinoamérica son prácticas recurrentes de abuso de autoridad y violencia institucional;*
>
> *Que los modelos de aseguramiento, entre ellos la "Cobertura Universal de Salud", promovidos por organismos internacionales para América Latina y el Caribe encubren la privatización de los sistemas de salud;*
>
> *Que crecen las prácticas de medicalización, patologización y mercantilización de la vida social;*
>
> *Como acciones colectivas de transformación proponemos:*
>
> *Revalorizar y destacar las luchas contra el patriarcado, la homofobia, el fascismo, el colonialismo y cualquier tipo de discriminación;*
>
> *Articular la lucha antimanicomial con otras luchas.*
>
> *Promover el pleno ejercicio de derechos de manera articulada desde la intersectorialidad, fortaleciendo una lucha unificada entre movimientos, instituciones y organizaciones sociales que buscan la emancipación social;*

*Generar estrategias, para la promoción de los derechos humanos en el campo de la salud mental, consumo problemático de alcohol y otras drogas; poniendo especial atención en el protagonismo y la autonomía de las personas usuaria/os, sobrevivientes, psiquiatrizada/os como sujetos de derechos y partícipes de sus tratamientos;*

*Considerar el acceso a la vivienda como derecho primordial y puerta de entrada para el efectivo ejercicio de ciudadanía;*

*La eliminación, en el ámbito público y privado, de las prácticas invasivas tales como: sobremedicalización, celdas de aislamiento, sujeción mecánica, electrochoques y toda práctica de tortura y otros tratos, penas crueles o degradantes que promueven la violación de los derechos humanos;*

*Una política de reparación histórica para las víctimas sobrevivientes del manicomio y sus lógicas, con responsabilización penal de quienes promovieron violencias y violaciones de derechos humanos en efectores públicos y privados;*

*Visibilizar especialmente las condiciones de vulneración de derechos a niña/os, adolescentes y jóvenes; y denunciar prácticas de medicalización y encierro en esta población.*

*Una formación permanente de profesionales y trabajadoras/es en universidades públicas y privadas desde un paradigma de derechos humanos, interdisciplinario, intersectorial; con enfoque comunitario, de educación popular y perspectiva de género;*

*La despatologización y descriminalización del uso de sustancias psicoactivas en prácticas rituales; combatiendo preconceptos y persecuciones;*

*La creación de una comisión de acompañamiento que vele por los derechos de la/os loca/os infractores, inimputables y dentro de los manicomios judiciarios/judiciales.*

*Se aprueba además:*

*Formalizar el logo del II Encuentro Latinoamericano como el Logo de la Red Latinoamericana de DDHH y SM.*

*Rosário, Argentina, como próxima localidad para la realización del III Encuentro de la Red en el 2019;*

*Incluir Caribe en el nombre de la Red.*

*Creación del Observatorio de DDHH y Salud Mental de Latinoamérica y el Caribe con sede en Montevideo, Uruguay en el Programa Apex-Udelar en estos dos primeros años.*

*"NADA DE NOSOTRA/OS SIN NOSOTRA/OS" como consigna a priorizar.*

*¡La lucha por los derechos humanos y el pleno ejercicio de la ciudadanía se vuelven prioritarios para RESISTIR ESTA ETAPA neocolonizadora! Construyamos en UNIDAD!*

*RED LATINOAMERICANA Y CARIBE DE DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL.*

Assim, a Rede Latino-americana e do Caribe de Direitos Humanos e Saúde Mental concretiza mais uma integração do movimento antimanicomial latino-americano,

incorporando novos movimentos, ampliando seu alcance para regiões que até então não apareciam nos registros históricos da luta antimanicomial, como é o caso da região do Caribe, e mais uma vez é proposta uma articulação com as outras lutas sociais da América Latina.

Cecília Ausburg, é psicóloga, trabalhadora e professora de saúde mental em Rosário, Argentina, e compõe a comissão organizadora do terceiro encontro da Rede que acontecerá na cidade de 12 a 14 de setembro de 2019. Em entrevista fala da importância da realização do terceiro encontro em Rosário, Argentina:

> *Bueno, nosotro sumimos el compromiso que el terceiro encuentro se realisa en Rosário, en sietembre, ya tenemos fecha deste año. Eso significa una questión muy importante y muy trasncendiente por inúmeros motivos. Rosário tenia una historia importantíssima como ciudad dientro del pais en términos del campo del salud mental. Rosário tiene una de las primeras faculdad de psicologia del pais, la primera categra de psiquiatria infanto juvenil, em la faculdad de medicina, la carera de enfermeria es mejor cualificada del pais con profisionales que trabajan especificamiente con salud mental em interior de la carera de enfermeria, uma faculdad de trabajo social que es dirigida por personas con formación y maestria em salud mental. Ay tambien antecedentes. Rosário formó personas muy importantes, como Ulloa, Emiliano Gallende, Pichón- Riviere, todas personas muy importantes para abertura del manicômio en Argentina y Latino America. Por un lado es un histórico muy grande de nuestra ciudad. Por otro lado tambien digo que no sea en Buenos Aires, en un pais como Argentina, es muy importante, porqué tenemos un pais que tiene en Buenos Aires un local que absorve e impide la visualización del resto de la situación del país. Reconocer que el pais es enormemente diverso, que tenemos un sistema de salud provincial antimanicomial e un movimiento de lucha antimanicomial con fuerte participación de usuários y trabajadores de todo lo sistema. Esto es lo mas importante* (AUSBURG, 2019).

Como destaca Cecília Ausbusg, realizar o terceiro encontro da rede em Rosário significa não só dar visibilidade ao trabalho e à luta dos trabalhadores e usuários do movimento antimanicomial argentino, mas também expressa um regresso a um dos locais mais importantes da histórica luta antimanicomial da Argentina e da América Latina. Esse regresso também coincide com um momento histórico dramático que passa o país, devido o avanço da política de desmantelamento das políticas sociais encampada pelo atual governo na Argentina. Assim, realizar o terceiro encontro da rede em Rosário é uma das formas de apoiar os movimentos sociais argentinos, os integrando ao movimento antimanicomial.

No último dia 06 de maio de 2019 foi lançada a primeira cirlular de convocação do movimento antimanicomial latino-americano para o terceiro encontro da rede:

> *La Red Latinoamericana y del Caribe de Derechos Humanos y Salud Mental invita al III Encuentro en la ciudad de Rosario, Argentina. Del 12 al 14 de septiembre del 2019 nos volveremos a encontrar las multiplicidades de discursos, saberes, sentires y prácticas que conformamos esta Red para seguir creciendo hacia la construcción de un mundo sin muros, de ciudadanía universal y por una América Latina sin manicomios.*

> *El crecimiento de discursos de intolerancia y de odio en América Latina y el Caribe, junto a la implementación de políticas neoliberales, tienen como consecuencia un fuerte retroceso en el acceso y ejercicio de derechos. Ello se refleja en el avance de movimientos y gobiernos de claro contenido fascista, que vulneran derechos humanos con fuerte impacto en la Salud Mental.*
>
> *Por eso es preciso resistir. Resistir a los procesos de fragmentación, al arrasamiento subjetivo actual. Resistir a la idea de que el otro es el enemigo. Resistir a la medicalización del malestar en las culturas. Resistir a la idea de que otro mundo es imposible.*
>
> *Nos moviliza el deseo de interpelar y ser interpeladxs. Este encuentro es una invitación a movilizarnos hacia el reconocimiento de las utopías concretas que cotidianamente construimos. Revalorizar estos saberes y conocimientos diversos que existen y resisten, en un intercambio y diálogo desde el cual (re)hacernos colectivamente.*
>
> *Convocamos a reconocernos como movimiento antimanicomial, politizando el malestar. Construyendo y fortaleciendo modalidades de resistencia propositivas regionales. Desafiando la lógica manicomial. Desafiando una sociedad que transforma las diversidades en desigualdades amparándose en el supuesto de que existe una "única normalidad".*
>
> *Encontrarnos, en definitiva, en los debates, para luego llevar estas preguntas al territorio, descolonizando saberes y prácticas y generando procesos de construcción contrahegemónicos. Si resistir es preciso, dialoguemos asumiendo los desafíos, haciendo posible lo necesario.*

E nesse grande terceiro encontro da rede, a proposta é reunir mais uma vez o movimento antimanicomial latino-americano, para que sejam debatidos temas fundamentais como a luta e a contrução de políticas para promoção e defesa dos direitos humanos e da saúde mental, centrados na desconstrução e substituição do manicômio, convocando o movimento para lutar pela despatologização da vida por meio da arte e da cultura. Tentando, sempre, integrar diversos atores, movimentos sociais e coletivos à luta antimanicomial como uma das formas da embate social pelo reconhecimento e fim de todas as formas de opressão e exclusão. A rede e o terceiro encontro siginificam dessa forma a mais atual e forte integração do movimento social que luta *por una Latino America sin manicomios.*

Figura 11 - Cartaz do 3º Encontro Latino-americano de Direitos Humanos e Saúde Mental

Fonte: Rede Latino-americana e Caribe de Direitos Humanos e Saúde Mental.

# 4 REVOLUÇÃO, REFORMA, REESTRUTURAÇÃO: MULTIPLICIDADE, AMBIGUIDADES E LIMITES DA LUTA ANTIMANICOMIAL

Como outros movimentos sociais, a luta antimanicomial nunca se apresenta em um estado puro, mas em uma espécie de labirinto. Na verdade se mostra sempre como um entrelaçamento de conflitos sociais e econômicos e uma enormidade de agentes sociais (coletivos, redes, movimentos sociais, partidos, governo, Estado, organizações privadas e empresas).

É necessário rejeitar a fragmentação da luta antimanicomial e não ignorar a situação histórica, as crises principalmente, buscando compreender como, em determinadas circunstâncias uma trama particularmente emaranhada de contradições e de conflitos, é produzida nas estratégias da luta (constituição de movimentos sociais, ocupação de instituições do Estado, construção de novas instituições, descontrução de outras, escolhas e prioridades políticas, escolha e indicação de pessoas e líderes). Sob inspiração de Losurdo (2015) busco analisar a multiplicidade, ambiguidades e limites da luta antimanicomial por meio de três palavras que apareceram constantemente nas entrevistas, histórias e materiais que compuseram esta pesquisa. A primeira, das quais, é a ideia de revolução:

> [...] claro está que o conteúdo semântico de ‘revolução’ não se reduz a seu emprego potencial como lugar-comum. Revolução alude muito mais a desordem, golpe ou guerra civil, assim como a uma transformação de longo prazo, ou seja, a eventos e estruturas que atingem profundamente nosso cotidiano.
>
> Nosso conceito de revolução pode ser assim definido, de forma adequada e legítima, como um conceito geral, que encontra pelo mundo todo as condições prévias para seu entendimento, mas cujo significado preciso sofre variações dramáticas de um país a outro, de uma situação política a outra. [...] Se foi possível caracterizarmos a história moderna (neuzeitliche Geschite) como uma era de revolução, a qual ainda não chegou ao fim, é porque a essas formulações subjaz uma determinada experiência inédita. [...] (KOSELLECK, 2006: 61- 62).

Assim, no plano das lutas de classes, o significado de revolução não pode se limitar a superação da opressão e exploração de seres humanos sob outros, ou do homem sob a mulher, ou ainda, de nações sob outras. A revolução passa por tudo isso, mas transcende a equivocada leitura economicista, pois coloca em jogo o revolucionário reconhecimento do outro em suas diferenças, nos conteúdos particulares das lutas:

> Os sujeitos são diferentes, e igualmente diferentes são os conteúdos da luta de classes; todavia podemos identificar o denominador mínimo comum: no plano econômico-político, ele é constituído pelo objetivo de modificação da divisão do trabalho (no plano internacinal, no âmbito das fábricas ou na família); no plano político-moral, pelo objetivo da superação dos processos de desumanização e

> reificação que caracterizam a sociedade capitalista, pelo objetivo da obtenção do reconhecimento (LOSURDO, 2015, p. 104).

O reconhecimento do outro, a denúncia do anti-humanismo do sistema capitalista e a condenação moral das práticas de exploração somente esse entrelaçamento pode explicar o chamado à revolução:

> Por mais fiel e impiedosa que seja a descrição da sociedade existente, não pode por si só estimular a ação de sua derrubada se não houver a mediação da condenação moral; e tal condenação moral ressoa tanto mais forte pelo fato de que a ordem político-social analisada e posta no banco dos réus resulta responsável não só nem tanto pelas singulares injustiças, mas pelo desconhecimento da dignidade humana por toda uma classe social e para os povos coloniais em geral, em última análise para a grande maioria da humanidade (LOSURDO, 2015, p. 103).

A revolução então se inicia na luta pelo reconhecimento! E por isso tem alvo nas relações de coerção, nos processos de desumanização: "O desvanecer das cláusulas de exclusão é o resultado de um atormentado processo histórico e de uma prolongada luta pelo reconhecimento" (LOSURDO, 2015, p. 115). O primeiro passo nessa luta é vencer o isolamento, empenhando-se em um embate comum. É por meio do encontro das diferentes vítimas desse sistema desumanizador que a luta pelo reconhecimento é possível:

> As vítimas do sistema capitalista começam a livrar-se da cupabilização e da consequente falta de autoestima que a ideologia dominante faz pesar sobre elas no momento em que, ao superar o isolamento, empaneham-se na luta comum e na construção de organizações chamadas a promover a luta comum. Independentemente dos desenvolvimentos sucessivos da organização e da luta, **esse encontro**, já se configura como um resultado decisivo (LOSURDO, 2015, p. 116, grifo meu).

Vencer o isolamento, entrar em contato entre si, aprender a se reconhecer é o passo revolucionário para sacudir o descrédito e o autodescrétido impostos pela dominação de classe. O significado desse processo é entrar em uma luta que anuncia uma nova forma de se ver e se reconhecer a partir de uma visão recíproca das diferenças e multiplicidade que cada pessoa ou grupo tem e manifesta. É por assim dizer uma luta revolucionária!

E são exatamente as diferenças e multiplicidade que podem fazer emergir e desenvolver uma "consciência revolucionária" na luta antimanicomial, pois foi exatamente a negação dessas que se fez constituir o manicômio como aparato de exclusão de um sistema opressor e desumanizante:

> A sociedade industrial e pós-industrial funciona segundo o esquema do capitalismo internacional. Os critérios de competição, concorrência e rentabilidade revelam-se incontornáveis. Toda tentativa de existir diferentemente é condenada. O indivíduo que não é rentável vê-se rapidamente ejetado da sociedade de consumo. Aquele que se marginaliza consegue manter-se nas fronteiras do sistema, mas jamais aproveitará da mesma maneira que aqueles que aceitam suas regras. Se, em um universo tão normalizado, o sujeito exibe uma diferença à norma demasiada importante, surgem

> então o medo, a aversão, o desprezo, o ódio e a rejeição. Isso se concretiza. As prisões e os hospitais psiquiátricos são a petrificação desses maus sentimentos (LA HAYE, 2007, p. 47).

A luta antimanicomial se dirige a uma luta revolucionária quando reconhece e se faz na multiplicidade de conflitos, sujeitos sociais, interesses e ideias. Ou seja, não é apenas uma luta política, mas se faz também pela construção teórica de discursos que não se hierarquizam, mas que se integram de modo a negar toda a forma de opressão. A maior de todas as negações nesse plano de lutas é a da diferença como doença:

> Existem sempre falsos profetas. Mas, no caso da psiquiatria, é própria profecia a mostrar-se falsa, ao impedir, por seu esquema de definições e classificações dos comportamentos e pela violência com que os reprime, a compreensão do sofrimento, de suas origens, de suas relações com a realidade da vida e com a possibilidade de expressão que o homem encontra ou não encontra nessa vida. Conitunar aceitanto a psiquiatria e a definição de 'doença mental' significa aceitar que o mundo desumanizado em que vivemos seja o único mundo humano, natural, imodificável, contra o qual os homens estão desarmados. Se assim for, continuemos a sedar os sintomas, a fazer diagnósticos, a ministrar cuidados e tratamentos, a inventar novas técnicas terapêuticas: mas sabedores que o problema está em outro lugar (BASAGLIA, 2010, p. 298).

Afirmar a loucura como diferença expressa ou não em sofrimento, mas também como forma e expressão política da vida, é um ato revolucionário que atenta contra a normalidade como padrão sistêmico imposto pela homogenificação avassaladora do capitalismo:

> *¿Qué es la normalidad? Nada. ¿Quién es normal? Nadie. Aunque la diferencia hiere, y por eso nuestra primera reacción es negarla ¿Cómo combatir la imposición de la distinción normalidad – anormalidad? Habitando en el interior de la diferencia, siendo íntimo con ella. Con un gesto cotidiano quizás poético, quizás épico, de reconciliación, pues la reconciliación es parte del ejercicio de la comprensión, el único modo de sentirse en paz en el mundo. En los talleres de rareza y desmanicomialización que realizamos, afirmamos que la locura produce tres verbos claves para lo humano: crear, arriesgar, cambiar. Nada menos que de estos tres nos priva, el despotismo de lo normal* (CAFFARENA, 2018)

A loucura como doença, a normalidade como padrão é, por assim dizer, o primeiro triunfo manicomial que a revolução antimanicomial deve mirar:

> É tarefa da luta antimanicomial pautar e problematizar as múltiplas patologizações da vida e da existência humana, buscando, assim, a transformação da sociedade, o fim das opressões/explorações de gênero, raça e classe e tabém da propriedade privada (PEREIRA; PASSOS, 2017, p. 14).

> Para tal mobilização, é preciso confrontar este imaginário social da cultura manicomial, que vai além dos muros do manicômio, bem como confrontar a 'indústria da loucura' e todas as formas de mercantilização do sofrimento, pois o acolhimento da diferença é vital para a defesa da vida e dos direitos humanos (AMARANTE; TORRE, 2017, p. 130).

Se a convocação da loucura-diferença que deve mobilizar a frente antimanicomial revolucionária, é a multiplicidade dessa frente, dessa luta, que deve orientar a organização do movimento antimanicomial:

> Uma situação histórica sempre é caracterizada por uma multiplicidade variegada de conflitos, e, por sua vez, cada conflito registra a presença de uma multiplicidade de sujeitos sociais, os quais expressam interesses e ideias diferentes e contrastantes. Para orientar-se nessa espécie de labirinto, é necessário investigar não somente a configuração interna de cada um desses conflitos, mas também a forma com eles se articulam e se estruturam em uma totalidade concreta (LOSURDO, 2015, p. 141).

Assim, o movimento antimanicomial latino-americano precisa se orientar pela investigação constante de como os conflitos em torno da despatologização da loucura e das formas da vida incidem diferentemente nas mulheres, nos trabalhadores, naqueles que sofrem ou ainda naqueles que oprimem. Dessa forma, a luta contra o machismo e o patriarcado, contra o racismo e o genocídio negro, contra a exporação dos trabalhadores e trabalhadoras, contra o sexismo e a homofobia, assim como a luta pela autodeterminação e pela proteção dos povos originários e indígenas são constituintes da luta antimanicomial, sendo também o inverso uma verdade:

> *Hay que trabajar el malestar asumiendo el conflito como un elemento inherente a la vida en sociedad y vincular la respuesta sanitaria a las luchas democráticas y por los derechos sociales [...] Núcleos de pensamiento y activismo que empiezan a hacerse oír em los foros y movimientos de constestación que están surgiendo en todo el mundo: em defensa del medio ambiente (ante la ingente degradación de los ecosistemas, terrestres), frente a las inequidades de género (frecuentemente subsumidas em desigualdades más generales, lo que hasta hace poco las hacia poco visibiles), la pobreza, la miseria urbana, la xenofobia, las guerras, la intolerancia religiosa, el déficit democrático... voces que van creando redes de resistencia frente a la explotación y colonización de todos los ámbitos de la vida del neocapitalismo y la delegación en unos pocos del destino de la humanidad* (DESVIAT, 2016, p. 283).

A revolução antimanicomial passa, por assim dizer, pela morte do manicômio como aparato repressivo da loucura como doença, mas também "pela luta para mudar o sistema que o sustenta" (BASAGLIA, 2010, p. 122):

> A gente não vai continuar lutando sozinho. Eu acho, portanto, que a gente precisa estar juntos, com outros loucos e loucas, com os drogados, com as putas, com as travestis, com as drogadas e drogados, com as cracudas, com os marginais. Acho que é com essas pessoas que precisamos construir nossa militância nesse momento. Diante de tantos desafios, acho que é por aí, como é que a gente retoma o movimento social forte, de base e que valorize e que consiga entender as opressões que estão dentro do próprio movimento, para que a gente consiga transformar e construir outras lógicas de fazer movimento social. Um movimento social que se localiza anticapitalista, que se localiza antimanicomial, que se localiza antiproibicionista e abolucionista e principalmente um movimento antimanicomial antirracista que está no cerne da questão brasileira e latino-americana. Enfim, entre tantos desafios eu destacaria o retorno ao movimento social (PEREIRA, 2019).

O retorno ao movimento social é a convocação revolucionária da luta antimanicomial latino-americana, que tem em sua origem a luta contra a colonização e a exploração capitalista, a luta das mulheres como antecessora e a luta contra a escravidão e o genocídio dos povos negros e indígenas. Todos esses embates  se atualizam diariamente na luta pela sobrevivência e pela liberdade, ou seja, pela resistência à dominação:

> No momento em que cresce a percepção de essa dominação estar vinculada a diversos eixos de desigualdade, isto é, que não pode mais ser derivada exclusivamente da divisão de classes (que nem por isso se torna desimportante ou secundária), a unidade desses polos deixa de ser automática. Ela passa – o que é crucial, sobretudo para esquerda – pela capacidade de articulação das pautas diversas (MIGUEL, 2018, p. 177).

Mas se é a multiplicidade que deve orientar o movimento antimanicomial latino-americano, o conjunto de conquistas e avanços pode, em determinados momentos, revelar as ambiguidades da luta antimanicomial. Essas ambiguidades são visíveis em processos sociais nos quais a direção revolucionária se acomodou na forma das reformas. Nessa perspectiva, a reforma psiquiátrica como processo social complexo de transformação da relação social com a loucura é também o contexto em que ambíguas posturas, institucionais e políticas, entrelaçam-se, podendo resultar na atualização das formas de opressão e dominação:

> Portanto, a liquidação de determinada forma de capitalismo não significa por si só a liquidação do capitalismo como tal: o novo poder pode abolir diversas formas de propriedade capitalista, sem por isso deixar realmente para trás o velho sistema (LOSURDO, 2015, p. 226).

As reformas psiquiátricas são processos nos quais, por um lado, mediante a luta política, foi possível garantir a conquista de direitos sociais moldados na forma do Estado de Bem-Estar Social. Essas reformas fazem parte, por assim dizer, de um conjunto de políticas que se desenvolveram, principalmente nos pós-guerras, que forçaram uma ampliação do Estado, sua democratização, bem como da sociedade. Essa luta não se finaliza ou finalizou na conquista dos direitos sociais ou na formulação de políticas públicas para a cidadania. Pelo contrário, a própria consquista do direito a essas políticas, da trasnfomração do Estado e da democracia em sua forma social e política só tem função de existir se essa luta se mantiver contínua:

> A transformação do Estado, através das lutas pelos direitos de cidadania continua em nossos dias. A característica central das lutas atuais tem sido sua grande diversificação e surgimento de novos atores sociais. Os chamados novos movimentos sociais, formalizados por organizações, ativistas e interesses mais específicos e de caráter inteiramente novo tê um conteúdo essencialmente político, na medida em que suas reivindicações se dirigem ao Estado, buscando fazer com que este amplie tanto o rol de direitos de cidadania que reconhce, promove e protege, como ampliar os fóruns de decisão política. (RODRIGUES , 2003, p. 116)

Enquanto processo e movimento social, as reformas psiquiátricas não podem significar um ponto de chegada para a luta antimanicomial, ao contrário, devem ser entendidas e repensadas sempre como processos que se dirigem para a acomodação momentânea das forças políticas em torno da loucura e do sofrimento psíquico. Instituições e políticas foram erguidas e sustentadas para fortalecer a própria luta contra toda forma de opressão e exclusão, ao ponto em que dado momento elas mesmas precisam ser superadas na direção de formas novas e mais amplas de aceitação e integração das diferenças, além de garantias de direitos:

> *En lo trascurso de la reforma nacieron poderosos movimientos de familiares y de usuários, diagnosticados, expsiquiatrizados, oidores de voces, exigiendo, primero, la mejora de la asistencia y las condiciones de vida de los sufridores psíquicos ingresados en los hospitales psiquiátricos y, más tarde, tener um espacio em el proceso asitencial y terapético, un lugar y reconocimiento de su saber sobre sus propias dolores. Un lugar y un saber eu quieren que sea común, en la comunidad de todos, donde se respeten las diferencias. Peros estas voces insurgientes nos llevan a las carencias de la reforma psiquiátrica; nos llevan a la necesidad de outra psiquiatria – psicologia; de otras formas de afrontar el malestar psíquico* (DESVIAT, 2016, p. 14)
>
> [...]
>
> Hace falta que la asitencia universal y comunitaria se incorpore a la agenda politica de los movimientos por el cambio de todo lo social (DESVIAT, 2016, p. 15)

A primeira ambiguidade das reformas psiquiátricas é justamente defini-las como ponto de chegada para a luta antimanicomial, enquanto elas são, na síntese histórica que vivemos, uma etapa em disputa na luta política, ou seja, uma forma de ampliação e intensificação da luta política em torno dos direitos sociais e em defesas das diferenças:

> Portanto, para além das discussões em torno da transição paradigmática contemporânea, a atenção psicossocial não é para ser engessada em normatividades que a reduzem às estratégias técnicas, protocolares ou fracionamento de mandatos. Esse modelo se faz em liberdade de experimentação, a inovação e a potencia com participação popular ampla. A reforma psiquiátrica realiza sua práxis em seu devir, enquanto utopia do processo civilizador da sociedade (DUARTE, 2019, p. 17).

Enquanto devir, a reforma psiquiátrica não se sustenta somente no campo da luta política, especialmente no momento de crise histórica. É necessário reconstruir as bases sociais e teóricas para sua sustenção e avanço. Assim, uma segunda ambiguidade que se pode apontar nesse processo é a crença de que, somente na prática setorial, ou na micropolítica do trabalho da saúde mental será possível enfrentar o sistema que se atualiza na atual conjuntura. Ou seja, é preciso enfentar a despolitização e o voluntarismo da luta antimanicomial:

> O movimento antimanicomial tende a mobilizar apenas uma visão setorial do campo específico de atuação e interpelar a implicação do profissional e seus coletivos imediatos com a própria prática micropolitica, como se o avanço da política e dos serviços dependesse apenas de seu comprometimento com os valores originais do movimento antimanicomial e com seu empenho no dia a dia. Este tipo de

> voluntarismo não estimula o movimento a superar o reducionismo e a relativa despolitização de suas concepções e a buscar alianças e estratégias politicas mais amplas junto aos demais movimentos sociais (VASCONCELOS, 2017, p. 16).

Para vencer essa ambiguidade é necessário um retorno à nascente do movimento antimanicomial enquanto um movimento social formado na convergência das lutas sociais, de um movimento que se dirige a outra sociedade e para superação do sistema que a submete:

> O lema ‘por uma sociedade sem manicômios’ vincula-se, necessariamente, à luta pela transformação societária anticapitalista, não podendo, neste percurso, abdicar de uma luta contra o machismo e o racismo. Eis o grande desafio, especialmente, em tempo de tantos retrocessos e riscos colocados no cenário político. Eis também uma urgente e imprescindível necessidade: voltarmos às bases do movimento social antimanicomial e sua inseparável construção com outros movimentos sociais (PASSOS; PEREIRA, 2017, p. 45).

É justamente esse retorno à nascente do movimento antimanicomial que o fortalece ante aos limites da luta contra o manicômio. Enquanto a luta pelo fim das opressões se encontra inevitavelmente com seus limites, no sentido último dessa luta, a *práxis:*

> A indevida dilatação do âmbito da luta de classe compromete a comunicação intersubjetiva e liquida a dimensão da universalidade, que é constitutiva da marxiana luta de classes como luta pelo reconhecimento.
>
> Sim, em tempos bastante rápidos, a práxis consegue lucidez, mas a necessária operação de adaptar a teoria à práxis revela-se de extrema dificuldade e carregada de contradições e lacerações muitas vezes trágicas (LOSURDO, 2015, p. 265).

Os limites da luta antimanicomial podem ser explicitados de três formas nos conceitos que formam a palavra reestruturação:

> De um lado, os reformistas e os revoluncionários gritam vitória. Do outro, o Estado protesta contra um de seus aparelhos que é deficitário. Recuperando o discurso antipsiquiátrico, esses tecnocratas experimentados anunciam o fechamento do manicômio. O que eles não dizem ao grande público é que são obrigados a recorrer a isso para fechar a cratera deixada pelas finanças catastróficas do manicômio. Nos corredores do ministério, sabemos muito bem o que é falado: o fechamento do manicômio não é uma revolução, mas um autêntico plano de reestruturação; é a grande liquidação. As reivindicações do pessoal chocam – se contra os imperativos da empresa. Quanto aos desideratos dos pacientes, eles estão fora da questão. Silêncio! Hospital! Liquida-se! (LA HAYE, 2007, p. 188).

O primeiro limite da luta antimanicomial é dado quando sua proposta revolucionária se assenta em uma reestruturação do sistema mercantil para loucura, traduzindo-se no fechamento do manicômio como uma forma de reestruturação e redirecinamento das despesas do Estado. O idealismo da *práxis* e a atribuição à luta de classes de um poder soberano de remodelar ou até mesmo eleminar o ser social do Estado contribui para uma exaltação seguida de uma exaustão que pode favorecer a constituição de um mercado em torno do abandono:

> Em outras palavras, a colocação isolada da palavra de ordem contra o manicômio, sem referência à imediata necessidade de criação de serviços intermediários

> complexos e de formas alternativas de hospitalização, pode induzir uma imagem de desconsideração com a demanda pelo cuidado em saúde mental, provocando um isolamento do movimento antimanicomial principalmente em relação aos usuários, suas famílias, e a opinião pública em geral. Ao mesmo tempo desconsidera objetivos táticos mais imediatos, que inclusive agregam e unificam um leque maior de suporte político, como por exemplo, a defesa do hospital psiquiátrico público em circunstâncias de medidas governamentais privatistas que tendem simplesmente ao fechamento ou a volta a formas conservadoras de gestão destes hospitais (VASCONCELOS, 1992, p. 38).

A reestruturação das obrigações do Estado é o primeiro e mais importante limite da luta antimanicomial, enquanto a dura descoberta do mercado é seu segundo limite, pois, por mais uma vez, a reestruturação pode significar novas formas de mercantilização do sofrimento psíquico que ultrapassa a reativação do manicômio como única forma de manutenção da "indústria da loucura".

Na medida em que os manicômios não são mais favorecidos pela política pública, sua substituição por serviços não hospitalares no âmbito das comunidades pode produzir um massivo acesso as práticas psiquiátricas cunhadas no uso intensivo das drogas psiquiátricas. O que ao mesmo tempo, redireciona os recursos estatais para o lucro e acumulação do capital por parte da indústria farmacêutica, através da incorporação da assistência farmacêutica como componente do atendimento integral à saúde, passando a política pública, ora centrada no encarceramento, a uma intensa medicalização social:

> No passado, o grande desafio dos processos de reforma da assistência psiquiátrica era como reintegrar à comunidade aqueles milhares de pacientes que haviam passado uma significativa parte de suas vidas internados em instituições asilares. Os chamados pacientes crônicos eram, em sua maioria, pessoas que sofriam das consequências do próprio tratamento a elas oferecido. Hoje em dia, o número de pacientes crônicos, que, por fazer uso de medicação psiquiátrica, dependerá de tratamento medicamentoso para o resto de suas vidas, é muito maior que o número de pacientes internados em manicômicos (FREITAS; AMARANTE, 2015, p. 128).

A medicalização da vida e dos conflitos sociais transformou-se, assim, em um pós-manicômio que se ergue na forma de um império assombroso de lucros, do qual a psiquiatria é um instrumento, sustentado pela constante corrupção de profissionais e da ciência, inclusive na forma da cooptação de grupos organizados de familiares e usuários:

> É essa a história do negócio das drogas psiquiátricas. A indústria famacêutica destacou-se na ampliação do mercado para seus produtos, e isso gera uma constante riqueza para muitos. Entretanto, essa empreitada dependeu de que fosse contada uma história falsa ao público norte-americano [e em todo mundo], bem como da ocultação dos resultados que revelaram os desfechos precários, a longo prazo, desse paradigma de atendimento. Ela também vem cobrando a nossa sociedade um terrível tributo. O número de pessoas incapacitadas por doenças mentais nos últimos vinte anos disparou, e hoje essa epidemia espalhou-se por nossas crianças. Com efeito, milhões de crianças e adolescentes estão sendo preparados para ser usuários vitalícios de medicamentos.

> Do ponto de vista societário e moral, esse balanço final que clama por mudanças (WHITAKER, 2017, p. 335).

A esse limite imposto à luta antimanicomial pela amplifiaçao do uso e do abuso das drogas psiquiátrias somam-se outro mais dilemático, o risco da fragmentação da luta e a dispersão do movimento antimanicomial:

> Vários são os sujeitos da luta de classes e multíplices são as lutas pelo reconhecimento e pela emancipação. Não existe uma preestabelecida harmonia entre eles: por razões objetivas e subjetivas, podem intervir incompreensões e lacerações. Os momentos mais altos da história que se originaram a partir do Manifesto Comunista foram aqueles nos quais se fugiu da fragmentação, de modo que as diversas lutas confluíram em uma única e poderosa onda emancipadora (LOSURDO, 2015, p. 312.)

Estamos acompanhando um importante processo de emancipação e levante dos usuários, ex-psiquiatrizados, sobreviventes ou ainda vítimas da psiquiatria e do manicômio em todo o mundo, em especial na América Latina. Coletivos, organizações, redes e movimentos autônomos que se apresentam como autores legítimos de um discurso novo e poderoso de enfrentamento às formas de psiquiatrização ou opressão da loucura – diferença. Esse levante se traduz em denúncias, formas artísticas e culturais de traduzir o sofrimento psíquico e a loucura em uma manifestação política.

Esses movimentos e grupos são na atualidade a expressão mais recente do movimento antimanicomial, que se apresenta como na origem da sua trajetória emcampada pelos próprios loucos e loucas outrora desautorizados pelo registro doentio do diagnóstico psiquiátrico, ou pelo encarceramento manicomial:

> *Declaración Red Locura Latina*
>
> *Redesfera Latinoamericana de la Diversidad Psicosocial - Locura Latina*
>
> *DECLARACIÓN DE LIMA*
>
> *Un grupo de activistas provenientes de 10 países de América Latina nos reunimos los días 7, 8 y 9 de diciembre de 2018, en Lima, Perú, en el marco del "Primer Encuentro Regional de la Redesfera Latinoamericana de la Diversidad Psicosocial - Locura Latina".*
>
> *Las personas participantes de dicho evento queremos manifestar lo siguiente:*
>
> *Somos un colectivo históricamente discriminado integrado por personas usuarias, ex usuarias y sobrevivientes de la psiquiatría, personas locas, personas con discapacidad psicosocial, entre otras identidades de la diversidad psicosocial. Vivimos experiencias comunes en las que enfrentamos tortura, privación de la libertad, aislamiento, trauma, violencia, estigmatización, exclusión y vulneración de nuestros derechos.*
>
> *Reivindicamos nuestra dignidad, libertad, autonomía e independencia personal, incluida la libertad de tomar nuestras propias decisiones, así como el rol activo y*

*protagónico que queremos ejercer sobre nuestras vidas. Nadie sabe ni sabrá mejor que nosotros y nosotras cuáles son nuestras necesidades y demandas.*

*Exigimos el absoluto respeto de nuestros derechos humanos y libertades fundamentales, particularmente aquellas reconocidas en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, ratificada por todos los países de la región.*

*Denunciamos la patologización y la medicalización de nuestra diversidad, y toda otra forma de discriminación y abuso ejercida desde la psiquiatría, la psicología y otras especialidades en nombre de la "salud mental" y la "normalidad". Demandamos la construcción de un nuevo paradigma del malestar subjetivo, que acepte la "diversidad psicosocial" como un hecho y principio derivado de la diversidad humana y nos reconozca como personas expertas por experiencia.*

*Rechazamos absolutamente la privación de libertad, el electroshock, la esterilización forzada, los tratamientos forzados, la medicación involuntaria, las contenciones mecánicas y químicas, y otras formas de tortura y vulneración de derechos en nombre de la "salud mental". Exigimos que estas prácticas sean abolidas y que sus víctimas sean reparadas e indemnizadas.*

*Nos adherimos a la lucha del movimiento feminista y condenamos todos los tipos de violencia que el patriarcado y sus instituciones han y siguen ejerciendo contra las mujeres y grupos en situaciones de mayor vulnerabilidad, especialmente, contra los que no se adhieren a las expectativas de roles de género y "normalidad". Nos adherimos también a las reivindicaciones de los movimientos por los derechos de la niñez y los pueblos indígenas.*

*Advertimos la grave situación de pobreza y exclusión social en la que vive nuestro colectivo en América Latina, particularmente aquellas personas que pertenecen a los grupos más marginados y discriminados, lo cual reduce significativamente nuestras oportunidades educativas, laborales, artísticas, culturales, recreativas, políticas y de participación plena.*

*Defendemos que ninguna persona debe ser patologizada ni psiquiatrizada por su identidad de género, su orientación sexual, o cualquier otra expresión de diversidad sexual fuera de lo establecido como lo "normal". Rechazamos las "terapias correctivas" y otras prácticas heteronormativas que se practican con el objetivo de "corregir" a las personas.*

*Nos comprometemos a trabajar por la construcción de un movimiento asociativo regional; fomentar el intercambio de experiencias, saberes y buenas prácticas alternativas, incluida la desmedicalización; colaborar en el desarrollo y consolidación de grupos de apoyo mutuo; impulsar el conocimiento y cumplimiento de nuestros derechos; promover el orgullo loco y el derecho a la locura; y participar y promover reformas legislativas y de políticas públicas en la región, apoyando la transformación de nuestras comunidades y nuestros entornos hacia sociedades inclusivas que valoren y respeten la diversidad humana.*

*Queremos ser un espacio democrático, participativo, abierto y horizontal para todas las personas psicosocialmente diversas de América Latina, sin distinción de sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad, color, idioma, religión, origen o cualquier otra condición de diversidad. Promovemos la igualdad de género, el criterio de paridad en la participación y una perspectiva interseccional al interior y fuera de nuestro colectivo.*

*Estamos abiertos y abiertas a formar alianzas y trabajar con personas y organizaciones aliadas que compartan nuestros principios, en un marco de respeto, igualdad y equidad para avanzar en la construcción de sociedades justas e inclusivas.*

Essa poderosa e aguerrida atualização do movimento antimanicomial não pode significar oposição ou ainda um afastamento das tantas redes e movimentos que se constroem na luta antimanicomial. Pelo contrário, não como limite, mas, como expansão dessa luta, deve integrar o grande movimento que “torna-se espaço autônomo de elaboração de conteúdos, de instrumentos de luta, de mediações políticas”, ou seja, “novos espaços reais de luta e projetos comuns” (BASAGLIA, 2010, p. 251.).

# 5 PESQUISA OU REVOLUÇÃO? COMO SE FORMA UM DOUTOR LATINO-AMERICANO

Durante todo o trabalho de pesquisa e escrita dessa tese, mantive constante a necessidade de organizar criteriosamente os modos, ferramentas e técnicas que utilizava para produção, análise e apresentação das informações e histórias produzidas no processo investigativo.

Em alguns momentos, as dificuldades eram enormes: o tempo que se esvai sem conseguirmos aproveitá-lo como precisamos; a grande quantidade de informações e dados que não se "encaixam" nas categorias que eu mesmo elegia ou criava para organizá-los; ou ainda, e possivelmente a maior de todas as dificuldades, como passar da razão à emoção, e vice-versa, e depois à política científica na direção de construir uma narrativa-tese que tenha significado para o próprio processo em análise, nesse caso, a luta antimanicomial na América Latina. Em resumo, como construir uma narrativa com uma vocação científica e política que integre, fortaleça e alimente uma luta política.

Nessas tentativas me vi cercado de ideias, pessoas e histórias que fizeram que eu acreditasse que, na verdade, todo esse processo de criação e organização compõe na verdade um processo muito mais profundo e intenso que é a formação de um intelectual. Não o intelectual tipo academicista ou cientificista, mas aquele que toma o exercício da reflexão, do questionamento e da pesquisa como uma luta política. Primeiro, para vencer a própria alienação e, por último, e de forma atrapalhada, mas convicta, vencer a alienação que pode enredar a "pesquisa científica".

Em outras palavras, foi na obessesão de produzir uma tese que me vi em um processo de profunda trasnformação das crenças, ideias e conceitos que contribuíam para mistificação do meu fazer enquanto agente político e pesquisador de um movimento social.

Essa tomada de consciência, ainda em processo e inacabada, colocou-me em um desafio de passar da aflição de vivenciá-la à tentativa de organizá-la na forma de um relato que pudesse ao mesmo tempo analisá-la e também descrevê-la. Contar como foi possível, durante uma pesquisa de doutorado, formar-me politicamente para a luta que estudava, ou seja, desenvolver uma consciência crítica sobre aquilo que estava fazendo.

Foi motivador como o processo da pesquisa que realizo me ajudou a uma tomada de consciência em torno do que aprendi e desaprendi sobre a formação de um doutor no contexto

da luta antimanicomianl no território latino-americano. A pretensão é imensa, mas não passa de uma primeira tentativa de enumerar as condições, encontros e transformações que tornaram possível a realização de uma pesquisa enquanto uma participação, ou melhor ainda, uma contribuição à continuidade e intensificação de todos os embates no sentido de transformar a psiquiatria, substituindo os tratamentos desumanos por terapias acolhedoras, desistindo da ideia antiga do paciente como um objeto, mas sempre como um cidadão digno, com seus direitos, como um ser humano que é.

Para além desse primeiro desejo, passou–me também a vontade de contibruir com outros tantos amigos e amigas que se desafiam a romper as prisões em torno do conhecimento, na direção de construir pesquisas que tenham sentido e finalidade política, ou seja, tantos estutantes que buscam fazer de seus mestrados e doutorados um ingresso ou uma contribuição às lutas políticas que encampamos enquanto pesquisadores ou militantes.

Dessa forma, não quiz somente produzir receitas de técnicas ou métodos reproduzíveis, ou ainda um capítulo metodológico. Pelo contrário, quero tentar, a partir de técnicas, métodos e minhas próprias transformações contribuir para um debate político em torno da produção científica e da militância em movimentos sociais.

Para isso selecionei três condições ou conceitos que foram fundamentais para a realização dessa pesquisa e também para o gravoso processo de vencer a alienação em torno do que elegemos como sujeitos e objetos de nossas pesquisas e luta política. O primeiro conceito é a interdisciplinaridade.

Como profissional de saúde, passei boa parte de minha formação e de meus estudos envolvido e sendo treinado para traduzir e conceber os problemas e processos nos quais trabalhava em termos e conceitos da própria saúde. Como aprendizado era também um (des)aprendizado, no sentido que aprendia a compreender processos sociais e cotidianos em termos da saúde. Esse processo é muito mais amplo do que imaginamos e, no caso dos profissionais de saúde, coincide com um processo social ainda mais intenso e complexo que é a medicalização:

> Como se efetua a passagem de uma condição social ou de um comportamento individual – considerados como indesejáveis ou perturbadores – ao estatuto de patologia?
>
> Sobre quais bases científicas e ideológicas se apoiam os discursos ou permitem a transposição do social para o que é da ordem médica e que a tornam aceitável, até mesmo desejável, aos olhos da sociedade? (FREITAS; AMARANTE, 2015, p. 17)

Essas perguntas só fizeram sentido para mim enquanto profissional de saúde e pesquisador quando transitei do lugar de aprendiz de técnicas e conceitos para o de sujeito do conhecimento, ou seja, para vencer a medicalização da pesquisa e do trabalho em saúde foi necessário transitar para outros lugares do conhecimento. E é esse trânsito que considero ser o resultado da interdisicplinaridade como aprendizado político:

> Isso significa dizer que em situações de pesquisa, estudo, ou quando assumimos a responsabilidade por uma temática, área ou programa de política pública, devemos aceitar toda complexidade do tema, incluindo as diversas contribuições dos vários campos do saber, seus aspectos pouco conhecidos, suas áreas de incerteza, os 'buracos' do conhecimento sobre ele, principalmente nos interstícios e contradições entre as diversas competências cientificas, teóricas e profissionais que incidem sobre o tema (VASCONCELOS, 2002, p. 92).

A interdisciplinaridade foi para mim um trânsito ao encontro da complexidade e também uma política de aprendizado. Esse trânsito produz enormes conflitos, pois as incertezas, a dúvida e, principalmente, o fim da presunção profissional e técnica são encontros incontornáveis nesse caminho. No entanto, as descobertas, o aprendizado da liberdade e a vitoriosa possibilidade da criação são os mais poderosos encontros desse caminhar.

Como prática e como política, a interdisciplinaridade não gera direções prontas e lineares, mas exige que sejam buscadas, construídas. Assim, passei a valorizar e a participar de eventos, cursos, disciplinas e projetos que me colocavam questões que eram impossíveis de adquirir somente com os conhecimentos que compartilhava em meu campo técnico-profissional.

O encontro com as ciências humanas e sociais foi o mais provocador e mobilizador, mas também o retorno à epidemiologia, por exemplo, fez-me refletir sobre como um circuito de saberes ligados à matemática, estatística e a própria biofísica dos processos sociais e humanos eram essenciais para me situar em um emaranhado de objetos e sujeitos que alimentavam minha criação. Emaranhar-me nessa rede não foi um caminho definido, mas uma busca disparada pela aproximação constante do diferente, do familiar, mas também daquilo que julgava muito longe dos meus interesses de pesquisa:

> A prioridade da práxis significa desestimular a ortodoxia teórica e as tentativas tão comuns de converter/cooptar o outro ou de invalidar sua perspectiva na sua totalidade, mas ao contrário, buscar reconhecer também suas contribuições e a partir de que momento a dinâmica ou trajetória desta posição particular pode implicar em uma contradição ou paradoxo significativo, impondo limites a uma abordagem integrada ou linear. Implica também em valorizar mais enfaticamente as contribuições práticas dos diversos atores e o reconhecimento não só da riqueza do plurismo, como também o estranhamento, a diferença, a impossibilidade de alinhamento e linearidade, o paradoxo e a incerteza, constituem componentes inerentes à abordagem inovadora e criativa de temas e práticas complexas. Assim, nos projetos conjuntos desta aliança (ou, na linguagem gramsciana, deste 'bloco

> histórico'), garante-se sempre o direito de manifestação das diferentes concepções participantes (VASCONCELOS, 2002, p. 95).

Nessa perspectiva, a interdisciplinaridade como forma de aprendizado e como política de construção e criação do conhecimento foi um caminho para o encontro com o outro, na forma dos sujeitos e saberes que acionei durante a pesquisa, mas também com minha própria imaginação criadora. Nisso, a interdisciplinaridade me ajudou a vencer parte da alienação que me coibia como sujeito do conhecimento, como o conhecimento em sua forma alienante.

A tradução metodológica da interdisciplinaridade talvez seja a mais difícil tarefa daquele que se aventura nessa forma de política do conhecimento. O risco de utilizar técnicas e métodos que, na verdade, submete a uma perpespectiva reducionista do mundo e da vida é o mesmo que utilizar técnicas que não se domina, para investigar algo que pode ser analisado ou conhecido somente com o que temos de mais sensível, os sentidos, por exemplo. O que quero dizer é que, nesse trânsito interdisciplinar, é necessário tomar o que se tem e o que se encontra para conhecer o mundo e a vida.

Ou seja, as técnicas e os métodos de investigação são na verdade ferramentas de elaboração de um caminho, de uma via do saber na qual o "improvisar é seguir os modos do mundo à medida que eles se desenrolam, e não conectar, em retrospecto, uma série de pontos já percorridos" (INGOLD, 2012, p. 38). A caixa de ferramentas então, que muito aprendemos como um repositório de técnicas e meios de obter e analisar informações, ajuda em uma imersão nos circuitos da vida, das pessoas, da história e da política, e "é através de sua imersão nessas circulações, portanto, que as coisas são trazidas à vida" (INGOLD, 2012, p. 32).

Foi com esse aprendizado que passei das entrevistas às conversas, do gravador aos diários, das revisões às coleções, do "constructo" às narrativas. Muitas vezes foi necessário fazer o percurso contrário, inclusive para, nesse "emaranhado criativo de objetos e coisas", reencontrar-me com os números, com a Geologia, com a Arqueologia e, de forma definitiva e algumas vezes cruel, com a História. A interdisciplinaridade como forma de conhecer e saber me provocou um encontro inevitável com a História, não só como disciplina e conhecimento, mas como uma necessária forma de reaprender a pesquisar e agir politicamente, em especial, os processos de transformação.

Retormar os processos históricos, a escrita da História e, o passo mais difícil, reconstruir as histórias que aceitava como a "história" foram os exercícios mais difíceis durante esta pesquisa. Não por que eu a negava ou a ignorava. Mas, por que a mesma

alienação que nos prende a uma visão limitada e ideológica da vida e do mundo nos faz tomar a História na forma das verdades que só existem para negá-la:

> Por conseguinte, qualquer tentativa de substituir as categorias dialéticas que compreendem as especifidades das formações sociais – em conjunção com todas suas 'necessidades evanescentes' – pela vaga generalidade de 'nosso calendário prolongado na infinitude do passado e futuro', alcança nada mais que uma racionalização autocongratulatória de tentar fugir de alguns problemas difíceis e, do ponto de vista do capital, insolúveis. Problemas que se referem, por um lado, à exigência de explicar as condições de gênese da formação social em questão e, por outro, ao reconhecimento necessário de seus limites inescapáveis. Pois ambos juntos definem firmemente, em uma direção, com relação ao passado, o 'início', e em direção ao futuro, o 'fim' de todas as estruturas sociais e formas de intercambio (MÉSZÁROS, 2009, p. 92).

O reencontro atormentador com a História foi o necessário processo de desconstrução das certezas e crenças que alimentavam minha alienação, mas também que me abriu e me pôs em busca da interdisciplinaridade como forma de conhecer e lutar. Desconstruir a ideia de América Latina, desfazer o "calendário prolongado" da luta política em torno da loucura, mas, principalmente aceitar que os processos sociais são forjados não no ilusório desairazamento da história, mas no seio do mundo material e humano que as práticas revolvem dia a dia: "nesse sentido, aprender com a experiência histórica é uma parte importante do processo de autocrítica" (MÉSZÁROS, 2009, p. 239).

Aprender com a História pôs-me em um caminho de historicizar os sujeitos e processos que pesquisava de modo que não era necessário somente contextualizá-los, mas encontrar nesses contextos os motivos e motivações, os chamados e convocações, os gritos e silenciamentos que puseram essas pessoas em movimento.

Assim, a recontar histórias, revirar datas, períodos e construir uma "linha histórica" não de acontecimentos e eventos, mas de processos e transformações, foram os modos que me ative para reaprender a História. Nesse caminho foram muitos os achados e aprendizados, mas foi a abetura radial à História que me proporcionou o entendimento que fortalece meu engajamento:

> Em outras palavras, para que se qualifique como uma visão histórica com fim aberto, o necessário termo-chave de referência da mudança estrutural teve de (sic) ser concebido como histórico, abarcando de maneira dialética, e, portanto, que não pode ser fechada, não apenas a époda histórica dada, mas todas as épocas, inclusive aqueles que estão fadadas a surgir, no curso do desenvolvimento humano ainda em desdobramento, no futuro (MÉSZÁROS, 2011, p. 219).

Revirar o passado em busca de sua História me fez mais corajoso para pensar e escrever no presente e encarar o futuro na perspectiva da mudança. Nesse sentido, a interdisciplinaridade e a História reforçaram meu engajamento, forçando a passagem do

voluntarismo para a implicação política, ou seja, com a construção de uma intelecutalidade compromissada com a mudança e transformação social e não somente com a arquitetura dos títulos acadêmicos:

> É nessa situação que o engajamento político pode sevir para contrabalançar a tendência crescente de olhar para dentro, em casos extremos, o escolasticismo, a tendência a desenvolver engenhosidade intelectual por ela mesma, o autoisolamento da academia.
>
> Não obstante, mecanismos para gerar novas ideias, perguntas e desafios nas ciências a partir de fora são hoje mais indispensáveis do que nunca (HOBSBAWM, 2013, p. 199).

Inverter a formação do doutor do dentro no fora me proporcionou o reecontro com meu lugar de fala: "O lugar social não determina uma consciência discursiva sobre esse lugar. Porém o lugar que ocupamos socialmente nos faz ter experiências distintas e outras perpspectivas" (RIBEIRO, 2017, p. 69).

E esse lugar de fala não é do acadêmico, do profissional de saúde. É do estudante, do pobre e do louco! Reconhecer-me nesse lugar foi me reencontrar com a América Latina que busquei reinventar em um outro território, a Louca América. O território onde me fiz reconhecer com aqueles que buscam historicamente vencer as prisões da loucura: "Porque é a negação sistematizada do outro, uma decisão obstinada de recusar ao outro todo atibuto de humanidade, o colonialismo obriga o povo dominado a pergurtar-se constantemente: "Quem sou eu, na verdade"?" (FANON, 2005, p. 288).

Essa tríade formativa Interdisciplinaridade – História – Engajamento é na verdade uma expressão ainda em construção de como tenho buscado conhecer e participar da forma política da loucura, ou seja, de me integrar à luta antimanicomial na América Latina. Entrar no trânsito dos saberes para revolver a História, ao mesmo tempo em que a modifica e a reconstrói. Fazer desse movimento uma abertura radical para a fala, para a denúncia, para a luta, política e intelectual, que nega a loucura como doença, a exclusão como forma acabada para a prática em saúde mental e o capitalismo como forma última de nossa sociedade foram os modos práticos e teóricos de fazer uma pesquisa militante, e, por isso, lutar pela revolução.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Louca América foi o modo que escolhi para analisar a constituição de um movimento social que tem sido capaz de impactar e modificiar as políticas públicas para a loucura na América Latina. Sua constituição e integração se deram graças à militância, ideias e trabalho de diferentes pessoas, loucos, intelectuais, trabalhadores, que, desde sua inserção própria no movimento, construíram um discurso que nega a loucura como doença, afirmando sua participação política na História, forçando sua apresentação na forma da diferença. Esse movimento social tem atuado em defesa dos direitos humanos das pessoas que foram, e ainda são, encarceradas em hospitais psiquiátricos pelo ato contraditório de solucionar seu adoecimento ou sofrimento.

O movimento antimanicomial latino-americano está integrado a diferentes lutas sociais, na medida em que se formou a partir delas: da luta das mulheres, dos pobres e oprimidos, dos migrantes e famintos, dos povos originários, negros e negras. Em seu âmago estão as lutas sociais ancestrais por uma sociedade de igualdade, sem opressão e exclusão. O movimento antimanicomial é o agente discursivo, político e público da luta contra o manicômio como forma de exclusão da diferença, como destino da loucura na forma da doença, como depósito e controle daqueles tidos como refugo do sistema produtivo, cunhado na exploração do homem e da natureza.

Se o manicômio não se constituiu somente na forma institucional, mas também como ente ideológico, a luta antimanicomial também se faz no campo da cultura. Todos os anos, em diferentes países latino-americanos e do mundo, milhares de pessoas saem às ruas para manifestar e lutar no dia do “Orgulho Louco” e da Luta Antimanicomail. Um momento no qual se debate, por meio de protestos e de formas artísticas, o destino que damos à loucura. Mediante a arte, a denúncia e a manifestação política, tem sido possível discutir e liberar a loucura-doença, colocando em cena a loucura-diferença, ao mesmo tempo em que se discute e se denuncia o sofrimento mental advindo da violência do sistema de produção social que consome os recursos naturais e humanos em troca do enriquecimento de alguns.

Na América Latina esse movimento social tem se constituído e ampliado na forma de redes de pessoas, grupos e ideias, que, ao se encontrar, constroem novos e potentes dircursos políticos que passam a disputar, no campo da política pública, novas formas de lidar com pessoas em sofrimento mental. Integrado aos movimentos sociais que lutam pela terra, pela democracia, pelos direitos sociais, contra as guerras e pela igualdade entre as nações, o

movimento antimanicomial representa uma enorme articulação entre pessoas e ideias a favor da transformação da relação com a loucura e com o sofrimento mental. Em diferentes momentos históricos seus representantes souberam, ao mesmo tempo em que denunciavam a violência da instituição psiquiátrica, propor e criar espaços de cuidado e liberdade, mostrando que a liberdade é terapêutica e que é possível construir um espaço social para loucura.

O movimento antimanicomial, tem por assim dizer, em sua multiplicidade e na luta pelo reconhecimento seu caráter revolucionário. Ou seja, ao se originar no âmbito das lutas sociais, se integra definitivamente à luta de classes não se limitando a uma transformação apenas do setor ou políticas de saúde mental. Considerando isso, seu maior e mais importante limite passa pela reestruturação do papel do Estado, que por um lado se modificou sob influência e força dos movimentos sociais, por outro mantem-se favorecendo a acumulação do capital. No âmbito da luta antimanicomial, a resstruturação das políticas públicas de saúde mental tem modificado a forma com que o Estado garante cuidados humanizados e baseado em direitos, ao mesmo tempo em que a ampliação massiva do uso de drogas psiquiátricas tem proudizo a medicalização da vida em modos jamais vistos.

O termo luta é amplo e historicamente utilizado por trabalhadores, mulheres, pobres, loucos e outros, quando se referem à forma cotidiana de enfretamento e resistência às condições de exploração e opressão a que são submetidos. Luta é uma palavra central para entender a forma com que milhares de pessoas todos os dias enfrentam as situações de conflito e violência traduzidas em diferentes cenários de desigualdade e exploração.

Mas luta também pode ser entendida como um evocativo ético nas quais essas pessoas se mobilizam na forma de comunidades, grupos, movimentos sociais. Organizar a luta é a forma que historicamente se construiu resistência, denúncias e rupturas com a ordem vigente. O termo luta adquire um sentindo novo quando evocado na forma da organização sindical, dos grupos de mulheres, dos jovens e estudantes, dos pobres e oprimidos. Luta torna-se assim uma palavra de peso no discurso político dos movimentos sociais na construção de legitimidades e dos direitos humanos e sociais. É assim que entrar na luta ou estar em luta são atributos da forma política dos movimentos sociais.

A luta antimanicomial é, por assim dizer, a forma histórica e persistente de denunciar o manicômio como aparato repressivo e excludente; de negar a doença mental e a insitituição psiquiátrica como únicas formas de tradução e entendimento da loucura e do sofrimento mental; de revelar a mercantilização das doenças e do sofrimento mental; de afirmar que é o Estado que gerencia todas essas formas de produção social de violência e opressão. Lutar

contra os manicômios é também uma forma de lutar pelos direitos humanos dos que sofrem e também dos trabalhadores, das mulheres, negros, migrantes, homoxessuais e povos indígenas. Assim, a luta antimanicomial é também uma forma de viver e pensar o mundo e as relações sociais, negando toda a forma de exclusão, especialmente por meio da patologização e psiquiatrização dos conflitos e sofrimento sociais.

Na América Latina a luta antimanocimomial é também a forma com a qual se organizou um movimento social que luta pela transformação das instituições, práticas e políticas voltadas para a loucura. Enquanto agente político, essa luta concentra suas forças na transformação da política pública de saúde mental nos países, mas também na denúncia constante dos maus-tratos, violência e morte dentro e fora dos hospitais psiquiátricos.

Como agente cultural, essa luta busca apresentar e dialogar com a loucura em sua forma humana por meio da arte e do reconhecimento do outro em sua diferença e diversidade. Afirmar a vida sem negar o sofrimento é a forma que o movimento antimanicomial tem de traduzir como o viver em sociedade passa pelo reconhecimento das diferenças, com respeito e valorização.

Enquanto forma de sociabilidade e rede, o movimento antimanicomial latino-americano traduz uma expressão coletiva de afirmação da loucura com diferença e reconhecimento do sofrimento mental como produto das relações sociais e, por isso, é por meio dessa associação que poderão se produzir outras maneiras de cuidado e acolhimento a diversas formas de sofrimento.

A luta antimanicomial na América Latina tem assim um duplo sentido. O político, quando denuncia, enfrenta e modifica as formas históricas de lidar com a loucura e a produção de cuidado ao sofrimento mental. E o cultural, quando reconhece a diversidade e multiplicidade que constituem a natureza e a sociedade que aqui vivem e se desenvolvem. O movimento antimanicomial é assim a expressão coletiva dessa diversidade.

A Louca América é então o território reinventado da América Latina, onde a luta contra o manicômio e todas as formas de opressão são também formas de construir uma outra maneira de experimentar a loucura e acolher o sofrimento mental. Como expressão própria de minha integração a essa luta é também expressão de um trabalho constante e diário que busco realizar, e por isso, uma das maneiras de lutar por uma América Latina sem manicômios.

# REFERÊNCIAS


ALBERDI, J. M. *Reformas y contrarreformas, política de salud mental em la Argentina***.** 1ª ed. Rosário: UNR, 2003.

ALMEIDA, V. *et al*.; Argentina, postales de la salud mental pública avasallada. Una mirada de las y los trabajadorxs organizadxs. *Hemisferio Izquierdo – debates estratégicos***.** Uruguai, 09/10/2018. Disponível em: https://www.hemisferioizquierdo.uy/single-post/2018/10/09/Argentina-postales-de-la-salud-mental-p%C3%BAblica-avasallada-Una-mirada-de-las-y-los-trabajadorxs-organizadxs. Acesso em 28/05/2019.

AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, junho 2018. Acesso em 28/05/2019.

AMARANTE, Paulo. Entrevista concedida a Aisllan Diego de Assis. Rio de Janeiro, 28 de novembro de 2018.

____. *Lugares da memória:* causos, contos e crônicas sobre loucos e loucuras**.** 1ª ed. São Paulo: Zagodoni, 2017.

____. *Saúde mental e atenção psicossocial***.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

____. Abertura. In: FERREIRA, G.; BAPTISTA, L. A.; MELO, W. (org.). *Dialética dos movimentos sociais no Brasil:* por que a reforma psiquiátrica? Rio de Janeiro: EncartArte Editora, 2004.

____ (coord.). *Saúde Mental, políticas e instituições:* programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003a., v. 2.

____ (coord.). *Saúde Mental, políticas e instituições:* programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003b., v. 3.

____. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica***.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

____. *O homem e a serpente:* novas histórias para a loucura e a psiquiatria. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

____. (coord.). *Loucos pela vida:* a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

ANDRADE, M. E; SANCHEZ, L. E. *Red de alternatvas a la psiquiatria: quinto encuentro internacional y primero de América Latina***.** Anais. México: Cuernavaca, 1982.

ANDREO, J.; GUARDIA, S. B. (comp.) *Historia de las mujeres en América Latina*. Perú: Centro de estúdios la mujer en la historia de América Latina; Murcia: Departamento de historia moderna, contemporánea y de América. España: Universidade de Murcia, 2002.

ARRIGHI, G.; HOPKINS, T. K.; WALLERSTEIN, I.. *Movimentos antisistémicos***.** Madri: Akal, 2012.

AROUCA, Sérgio**.** *Democracia é saúde*. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. Anais... Brasília: DF, 1986. p. 35-42.

ASAMBLEA INSTITUYENTE POR SALUD MENTAL, DESMANICOMIALIZACIÓN Y VIDA DIGNA. Resistir. *Hemisferio Izquierdo* **–** debates estratégicos**.** Uruguai, 09/10/2018. Disponível em: https://www.hemisferioizquierdo.uy/single-post/2018/10/09/Resistir. Acesso em 28/05/2019

ASSIS, A. D. de; TECHERA, A.. *Por una América Latina sin manicomios*: la construcción de la red latinoamericana de derechos humanos y salud mental. *Hemisferio Izquierdo – debates estratégicos*. Uruguai, 09/10/2018. Disponivel em: https://www.hemisferioizquierdo.uy/single-post/2018/10/09/Por-una-Am%C3%A9rica-Latina-sin-manicomios-la-construcci%C3%B3n-de-la-red-latinoamericana-de-derechos-humanos-y-salud-mental. Acesso em 28/05/2019.

ASSIS, Machado de. *O alienista e outros contos*. São Paulo: Ática, 1995.

AUSBURG, Cecília. Entrevista concedida a Aisllan Diego de Assis. Ouro Preto, 04 de janeiro de 2019.

BALBOA, Marcelo. Las madres de Plaza de Mayo: resistencia y salud mental. In: FOLADORI, Horacio (compilador). Salud Mental y Contrainstitución. Santiago: Universidad de Chile, 2010.

BARATA, Rita Barradas. *Como e por que as desigualdades fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

BAREMBLITT, Gregório Franklin. Presentación del Esquizodrama. *Teoría y crítica de la psicología 4*, 17–23. México: 2014. Acesso em 28/05/2019.

____. Psicanálise, ideologia e política. In: LANGER, Marie. *Questionamos:* a psicanálise e suas instituições**.** Petrópolis: Vozes, 1973.

BASAGLIA, Franco. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica***. (**Org. Paulo Amarante). Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

____. *A instituição negada*: relato de um hospital psiquiátrico. Trad. Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BARBOSA, G.; COSTA, T.; MORENO, V. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*/Brazilian Journal of Mental Health, 4, dez. 2012. Acesso em 28/05/2019.
.
BÉRTOLA, L; OCAMPO, J. A. *O desenvolvimento econômico da América Latina desde a independência.* 1. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

BLEGER, José. *Temas de psicologia:* a entrevista e grupos**.** São Paulo: Martins Fontes, 1980.

BLEGER, José. Psicanálise e Marxismo. In: LANGER, Marie. *Questionamos:* a psicanálise e suas instituições. Petrópolis: Vozes, 1973.

BONAFINI, Hebe de. *Salud Mental y Derechos Humanos:* un sendero revolucionário. In: KAZI, Gregório (coord.) *Salud mental y derechos humanos*: subjetividad, sociedad e historicidad. Buenos Aires: Associación Madres de Plaza de Mayo, 2004.

CAFFARENA, Agustín Barúa. Lo normal: ese primer triunfo manicomial. *Radio Fe y Alegría*, 26 diciembre, 2018 - Disponível em: http://ea.com.py/v2/el-baldio/lo-normal-ese-primer-triunfo-manicomial/. Acesso em 28/05/2019.

CARDOSO, Irene. Maio 68: signo histórico. In: LEFORT, Claude; CASTORIADIS, Cornelius; MORIN, Edgar. *Maio de 68:* a brecha**.** Organizado e traduzido por Anderson Lima da Silva, Martha Coletto Costa. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

CARDOSO, Ruth C. L. Os movimentos sociais na América Latina. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol 3 nº 1, 1987,. pp 27-37. Acesso em 28/05/2019.

CARPINTERO, Enrique; VAINER, Alejandro. *Las huellas de la memoria:* psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los 60 y 70. Buenos Aires: Topía, I, 2004. Acesso em 28/05/2019.

CARVALHO, Sonia Maria Marchi de; AMPARO, Pedro Henrique Mendes. Nise da Silveira: a mãe da humana-idade. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam*. São Paulo, v. 9, n. 1, p. 126-137, Mar. 2006. Acesso em 28/05/2019.

CASTORIADIS, Cornelius. Os movimentos dos anos de 1960 (1986). In: LEFORT, Claude; CASTORIADIS, Cornelius; MORIN, Edgar. *Maio de 68*: a brecha**.** Organizado e traduzido por Anderson Lima da Silva, Martha Coletto Costa. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

CASTRO, Eliane Dias de; LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo. Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira. *Interface*, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 365-376, mai/ago. 2007. Acesso em 28/05/2019.

COMERFORD, John Cunha. *Fazendo a luta: sociabilidade, falas e rituais na construção de organizações camponesas.* Rio de Janeiro: Relume Dumará: Núcleo de Antropologia Política, 1999.

DAMETTO, Jarbas; ESQUINSANI, Rosimar Serena Siqueira. A loucura, o demônio e a mulher*:* sobre a construção de discursos no mundo medieval. *Hist. R.*, Goiânia, v. 22, n. 2, p. 190-203, mai./ago. 2017. Acesso em 28/05/2019.

DAVIS, Angela. *Mulheres, raça e classe*. Trad. Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

D´SOUZA, Radha. As prisões do conhecimento: pesquisa ativista e revolução na era da "globalização". In: SANTOS, B. S; MENESES, M. P. (org.). *Epistemiologias do Sul.* São Paulo: Cortez, 2010.

DELEUZE, Guilles; GUATTARI, Félix. *O Anti-Édipo*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. Entrevista concedida a Aisllan Diego de Assis. Rio de Janeiro, 27 de novembro de 2018.

____. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva,* Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4701-4706, Dec. 2011. Acesso em 28/05/2019.

____. Os determinantes de 1968 para as políticas públicas de saúde mental. In: SILVA FILHO, João Ferreira da. *1968 e a saúde mental***.** Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008.

DESVIAT, Manuel. *Cohabitar la diferencia:* de la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva. Madrid: Editorial Grupo 5, 2016.

_____. *A reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.
DUARTE, Marco José de Oliveira. *A construção do campo de atenção psicossocial na política de saúde mental no Brasil:* rupturas, tessituras, capturas**.** Rio de Janeiro: 2019 [MIMEO].

DUARTE, Maria das Graças Santos; FERNANDES, Patrícia Jacques; RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. Os "psicanalistas argentinos" no Rio de Janeiro: problematizando uma denominação. In JACÓ-VILELA, A. M.; CEREZZO, A. C.; RODRIGUES, H. B. C. (orgs.). *Clio-psyché:* fazeres e dizeres psi na história do Brasil. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012.

DUSSEL, Enrique. *1492:* o encobrimento do outro: a origem do mito da modernidade. Conferências de Frankfurt. Tradução de: Jaime A. Clasen. Petrópolis, R. J: Vozes, 1993.

ELIAS, Nobert. *Escritos & ensaios; 1:* Estado, processo, opinião pública. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.

____. *O processo civilizador:* formação do Estado e Civilização. Tradução de Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Zahar, 1993. v. 2 .

FANON, Frantz. *Os condenados da terra***.** Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2005.

FERNANDES, Patrícia Jacques; DUARTE, Maria das Graças dos Santos; RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. Breve história da constituição do grupo plataforma argentino. In JACÓ-VILELA; A. M.; CEREZZO, A. C.; RODRIGUES, H. B. C. (orgs). *Clio-psyché*: fazeres e dizeres psi na história do Brasil. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012.

FERREIRA, Martha Pires. Renascida, Ave Fênix! In: *Psique Especial – Ciência e Vida: Psiquiatria no Brasil – Nise da Silveira***.** São Paulo: ano III n. 07, 2008.

FIORI, José Luís. *História, estratégia e desenvolvimento:* para uma geopolítica do capitalismo. São Paulo: Boitempo, 2014.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura:* na idade clássica. Tradução de José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2009.

____. *Microfísica do poder*. Trad. Org. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2010.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. *Medicalização em Psiquiatria***.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

FREUD, Sigmund. *Contribuição a la historia del movimiento psicoanalítico*. Buenos Aires: Amorrortu, 1975. (Obras Completas, v. 19).

FURTADO, Celso. *O mito do desenvolvimento econômico*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

GALEANO, Eduardo. *As veias abertas da América Latina*. Porto Alegre: L&PM, 2015.

GALENDE, Emiliano. *De un horizonte incierto*: psicoanálilses y salud mental en la sociedad actual. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1997.

GOHN, Maria da Glória. *Sociologia dos movimentos sociais***.** São Paulo: Cortez, 2014.

GOULART, Maria Stella Brandão. *As raízes italianas do movimento antimanicomial***.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

GUINSBERG, Enrique. *La salud mental en el neoliberalismo***.** México: Plaza y Valdés Editores, 2001.

GULLAR, Ferreira. *Nise da Silveira*: uma psiquiatra rebelde**.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará: Prefeitura, 1996.

HEMISFERIO IZQUIERDO. Editorial: Política, locura y salud mental: algo tiene que cambiar. Separata Salud Mental. Montevidéu, Uruguay, 09/10/2018. Disponível em: https://www.hemisferioizquierdo.uy/single-post/2018/10/09/Editorial-Pol%C3%ADtica-locura-y-salud-mental-algo-tiene-que-cambiar. Acesso em ??

HOBSBAWM, Eric. *Sobre história*. Tradução de Cid Knipel Moreira. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

HUR, Domenico Uhng. Trajetórias de um pensador nômade: Gregório Baremblitt. *Estudos e pesquisas em psicologia***,** Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 1021-1038, 2014a. Acesso em 28/05/2019.

____. Esquizoanálisis y Esquizodrama, clínica y política: presentación de la obra de Gregorio Baremblitt. *Teoría y crítica de la psicología 4*, 1–16. Madri, 2014b. Acesso em 28/05/2019.

IBARRA, David. O neoliberalismo na América Latina. *Rev. Econ. Polit*., São Paulo, v. 31, n. 2, p. 238-248, june 2011. Acesso em 28/05/2019.

INGOLD, Tim. Trazendo as coisas de volta à vida*:* emaranhados criativos num mundo de materiais. *Horiz. antropol*., Porto Alegre, v. 18, n. 37, p. 25-44, june 2012. Acesso em 28/05/2019.

JARDON, Magali. *La inclusión del psicoanálisis en el hospicio de las mercedes y la colonia nacional de alienados a través de los registros formales de documentación (historias clínicas y publicación de casos)-(1920-1954).* Facultad de psicología - UBA / secretaría de investigaciones / anuario de investigaciones / volumen XVIII., 2011.

JASPER, James M. *Protesto*: uma introdução aos movimentos sociais**.** Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.

JÚNIOR, Eurípedes. O museu da resistência à referência**.** In: *Psique Especial – Ciência e Vida: Psiquiatria no Brasil – Nise da Silveira***.** São Paulo: ano III n. 07, 2008.

KLAPPENBACH, H. *A formação de psicólogos na argentina:* a psicologia social de Pichon-Rivière. In: JACÓ-VILELA, AM.; SATO, L., orgs. *Diálogos em psicologia social* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012.

KESSELMAN, Hernan. Plataforma Internacional: psicanálise e anti-imperialismo. In: LANGER, Marie. *Questionamos:* psicanálise e suas instituições**.** Petropólis: Vozes, 1973.

KOSELLECK, Reinhart. *Futuro passado; contribuição à semântica dos tempos históricos*. Rio de Janeiro: Editora PUC Rio, 2006.

LAING, Ronald David. *O eu dividido*: estudo existencial da sanidade e da loucura. Petrópolis: Vozes, 1975.

LA HAYE, Jacques Lesage de. *A morte do manicômio*: história da antipsiquiatria**.** São Paulo: Imaginação; Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2007.

LANGER, Marie. *Psicoanálisis y Política*: vicisitudes del movimiento psicoanalítico argentino. Ciclo de Conferencias sobre Locura y Sociedad. México, Julio, 1974.

____. *Questionamos:* a psicanálise e suas instituições**.** Petrópolis: Ed. Vozes, 1973.

LARROBLA MENDEZ, Cristina. *Explorando as fronteiras da assistência psiquiátrica na América do Sul*: o papel das unidades psiquiátricas nos hospitais gerais. Tese (mestrado). Universidade Estadual de Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 1999.

LAVRIN, Asunción (comp.). *Las mujeres latino-americanas*: perspectivas históricas. Tradução de Mercedes Pizzarro de Parlange. México: FCE, 1985.

LEVAV, Itzhak; GONZALÉZ, René. Las raíces de la Declaración de Caracas. In: RODRIGUES, Jorge J. (ed). *La reforma de los servicios de salud mental:* 15 años de la Declaración de Caracas. Washington: OPS, 2007.

LIMA BARRETO, Afonso Henrique de. *Diário do hospício/ o cemitério dos vivos.* Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1993.

LIMA, Rossano Cabral. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e290101, 2019. Acesso em 28/05/2019.

LIMA, Gracinéia Rodrigues; SILVA, Vanuza Souza. *Da psiquiatria ao comunismo*: a trajetória da alagoana Nise da Silveira no Rio de Janeiro. In: Encontro Regional de História da ANPUH – Rio: saberes e práticas científicas, 15, 2014, Rio de Janeiro, *Anais*: **ANPUH – RIO**, 2014.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Clínica em movimento*: por uma sociedade sem manicômios**.** Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

LOIOLA, José Roberto Alves. A mulher e a realidade latino-americana*:* uma análise da teoria da dependência a partir da perspectiva de gênero. *Mandrágora*, v. 22. n. 1, p. 45-68, 2016. Acesso em 28/05/2019.

LOMANACO, Daniel Ficsher. Entrevista concedida a Aisllan Diego de Assis. Ouro Preto, 28 de dezembro de 2018.

LOSURDO, Domenico. *A luta de classes*: uma história política e filosófica. Trad. Silvia de Bernardinis. São Paulo: Boitempo, 2015.

LOWY, Michael. Conservadorismo e extrema-direita na Europa e no Brasil. *Serv. Soc. Soc.,* São Paulo, n. 124, p. 652-664, Dec. 2015. Acesso em 28/05/2019.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 399-407, Abr. 2007. Acesso em 28/05/2019.

LUNA, Luiz. *Resistência do índio à dominação do Brasil.* Rio de Janeiro: Leitura, 1965.

MACHADO, Roberto *et al*. *Danação da norma*: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MADRID, J. C. C.; PARADA, T. C.. Locura y neoliberalismo. El lugar de la antipsiquiatría en la salud mental contemporânea. *Polít. Soc***.** (Madr.) 55(2): 559-574, 2018. Acesso em 28/05/2019.

MANCILLA, Francisco Javier Dosil. La locura como acción política: el movimiento antipsiquiátrico en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 22, (1). Cidade do México, 2019. Acesso em 28/05/2019.

MARIÁTEGUI, José. *La psiquiatria en América Latina*. Buenos Aieres: Editorial Losada, 1990.

MARX, Karl. *O capital*: edição condensada. [Condensador Gabriel Deville; tradução de Murilo Coelho]. São Paulo: Folha de São Paulo, 2010.

____. *O capital*: crítica da economia política. V. 1. Trad. Reginaldo Sant´Anna. 9 ed. São Paulo: DIFEL, 1984.

MARX, K.; ENGELS, F.. *A ideologia alemã*. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MARX, K.; ENGELS, F.. *Manifesto do partido comunista*. Tradução de Sueli Tomazzini Barros Cassal. Porto Alegre: L&PM, 2001.

MELO, Walter. Maceió é uma cidade mítica: o mito da origem em Nise da Silveira. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 101-124, mar. 2007. Acesso em 28/05/2019.

MENDEZ, Cristina Larrobla. *Explorando as fronteiras da assistência psiquiátrica na América do Sul:* o papel das unidades psiquiátricas nos hospitais gerais**.** Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas/SP: 1999.

MÉSZÁROS, István. *Estrutura social e formas de consciência*: a dialética da estrutura e da história. São Paulo: Boitempo, 2011, v. II.

____. *Estrutura social e formas de consciência*: a determinação social do método. São Paulo: Boitempo, 2009.

____. A Crise Estrutural do Capital. *Revista Outubro*, n. 4, São Paulo: Instituto de Estudos Socialistas, 1998.

MIGUEL, Luís Felipe. *Dominação e resistência*: desafios para uma politica emancipatória. São Paulo: Boitempo, 2018.

MOFFATT, Alfredo. *Psicoterapia do oprimido:* ideologia e técnica da psiquiatria popular. Tradução de Paulo Esmanhoto. São Paulo: Cortez Editora, 1980.

MOLINA, Andrés Ríos. *El Manicomio General La Castañeda en México*. ***Nuevo Mundo, Mundos Nuevos***, **año** 9, 2009.

____. *Locos letrados frente a la psiquiatria mexicana a inicios del siglo XX*. *FRENIA***,** v. IV, n. 2, 2004. Acesso em 28/05/2019.

MOTTA, Arnaldo Alves da. Humana, demasiadamente humana. *Psique Especial – Ciência e Vida***: Psiquiatria no Brasil – Nise da Silveira.** São Paulo: ano III, n. 07, 2008.

MUSSI, José. *Bleger en la Banda. Aportes para la Biografía de um precursor del Psicoanálisis em Argentina*. UNT – **Facultad de Psicología.** Doctorado en Psicología Curso: "Estudios de la Historia Critica de la Psicología". Rosário: 2013.

NABUCO, E. ; AMARANTE, P.. Las 'locas' de la Plaza de Mayo - La lucha de las Madres de Mayo contra la dictadura militar a favor de la vida. *Átopos - salud mental, comunidad y cultura*, v. 11, p. xx-xxvi, Madrid: 2011. Acesso em 28/05/2019.

NASCIMENTO, Rômulo Luiz Xavier. *Palmares:* os escravos contra o poder colonial. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

NAVARRO, M.; KORROL, V. S.. *Mujeres em América Latina y Caribe*. Tradução de José López Ballester. Espanha: NARCEA S. A. DE EDICIONES, 2004.

OLIVEIRA, A. G. Bottaro; ALESSI, N. P.. *Superando o Manicômio?* - Desafios na construção da Reforma Psiquiátrica. Cuiabá: Editora: UFMT / FAPEMAT, 2005.

OLIVEIRA, Walter Ferreira. As interfaces entre direitos humanos e saúde mental. In: OLIVEIRA, W. F.; PITTA, A.M. F.; AMARANTE, P. *Direitos Humanos e Saúde Mental***.** São Paulo: Hucitec, 2017.

____. A Abrasme e o Congresso Brasileiro de Saúde Mental como elementos de participação política e social em Saúde Mental**.** *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 1, n. 1, jan-abr, 2009. Acesso em 28/05/2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Memórias de la Conferencia Regional para Reestruturação de la Atención Psiquiátrica en América Latina***.** Caracas: 1990.

ORTIZ-HERNANDEZ, Luis; LOPEZ-MORENO, Sergio; BORGES, Guilherme. Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1255-1272, June 2007. Acesso em 28/05/2019.

PEREIRA, Melissa de Oliveira. Entrevista concedida a Aisllan Diego de Assis. Ouro Preto, 06 de janeiro de 2019.

PEREIRA, M. de O.; PASSOS, R. G. (orgs). *Luta antimanicomial e feminismos:* discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira**.** Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

PEREIRA, Ellen Adriane Barbosa. *Reforma psiquiátrica no Brasil e a contribuição esquecida de Nise da Silveira*. Orientadora: Elza Maria de Souza. 17 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Saúde Coletiva). Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, 2017.

PICHÓN RIVIÈRE, Enrique. *Psicologia da vida cotidiana***.** São Paulo: Martins Fontes, 1998.

PINSKY, Jaime. *Escravidão no Brasil*. 6ª ed. São Paulo: Global, 1987.

POLANYI, Karl. *A grande transformação*: as origens de nossa época. Tradução de Fanny Wrabel. 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

PORTER, Roy. *Uma história social da loucura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

PORTOLESE, D. A.; FIGUEIREDO, G. R.. *Franco Basaglia*: a psiquiatria alternativa – conferências no Brasil**.** São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.

PONZA, Pablo. Psicoanálisis, política y cultura en la Argentina de los sesenta. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*: Questions du temps présent, 2011. Acesso em 28/05/2019.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (orgs.). *Cidadania e Loucura*: políticas de saúde mental no Brasil**.** Petrópolis: Ed. Vozes, 1987.

RIBEIRO, Djamila. *O que é:* lugar de fala? Belo Horizonte: Letramento: Justificando, 2017.

RIBEIRO, Darcy. *A América Latina existe?* Rio de Janeiro: Fundação Darcy Ribeiro; Brasília: Editora UNB, 2010.

RIVERA-GARZA, Cristina. *"She neither Respected nor Obeyed Anyone"*: Inmates and Psychiatrists Debate Gender and Class at the General Insane Asylum La Castañeda, México, 1910-1930. *Hispanic American Historical Review*, 81 (3-4), pp. 653-688, 2001a. Acesso em 28/05/2019.

RIVERA-GARZA, Cristina. Por la salud mental de la nacion: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castaneda, Mexico 1910-1930. *Secuencia*, 51, septiembre-diciembre, 56-89, 2001b. Acesso em 28/05/2019.

ROCK, David. Argentina, 1930-1946. In: BETHEL, Leslie (org). *História da América Latina*: A América Latina após 1930: Argentina, Uruguai, Paraguai e Brasil**.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2018. v. X.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. Um Robespierre rio-platense e um Danton tupiniquim? — episódios da análise institucional no Rio de Janeiro. In JACÓ-VILELA; A. M.; CEREZZO, A. C.; RODRIGUES, H. B. C. (orgs). **Clio-psyché: fazeres e dizeres psi na história do Brasil.** Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. p. 168-190.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. *Apocalipse não:* o estado de bem-estar social sobrevive à onda neoliberal. Tese (doutorado em saúde coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2003.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR, Benilton; AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica***.** Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1992.

ROTELLI, Franco. *Desintitucionalização***.** São Paulo: HUCITEC, 1990.

SACRISTÁN, Maria Cristina. *Entre curar y contener*. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944. **FRENIA,** Vol. II, n. 2, 2010. Acesso em 28/05/2019.

____. *Una valoracion sobre el fracasso del Manicomio de La Castañeda como institución terapéutica*, 1910-1944. **SECUENCIA**, 51, septiembre-diciembre, 90-120, 2001. Acesso em 28/05/2019.

SAFFIOTI, Heleieth. *A mulher na sociedade de classes*: mito e realidade. Petrópolis: Vozes, 1978.

SALLUM JR., Brasílio. Classes, cultura e ação coletiva. *Luna Nova*, n 65, pp 11-42. São Paulo, 2005. Acesso em 28/05/2019.

SANTOS, Theotonio dos. A América Latina na encruzilhada. *Revista Brasileira de Administração Política*. v. 6, n. 2, Brasília, 2013. Acesso em 28/05/2019.

SARACENO, Benedetto. La iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica em las Américas: implicaciones para el mundo. In: RODRIGUES, Jorge J. (ed.). *La reforma de los servicios de salud mental:* 15 años de la Declaración de Caracas. Washington: OPS, 2007.

SCULL, Andrew T. *Decarceration:* community treatment and the desviant – a radical view. 2. ed. New Jersey: Rutgers University Press, 1984.

SEGATO, Rita Laura. Território, soberania e crimes de segundo Estado: a escritura nos corpos das mulheres de Ciudad Juarez. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 265-285, maio/ago. 2005. Acesso em 28/05/2019.

SILVA, Fabrício Pereira da. Até onde vai a "onda rosa"? *Análise de Conjuntura*, n.2, fev. Rio de Janeiro: IUPERJ/UCAM, 2010. Acesso em 28/05/2019.

SILVEIRA, Maria Laura (Org.). *Continente em chamas: globalização e território na América Latina*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

SILVEIRA, Nise da. Retrospectiva de um trabalho vivido no Centro Psiquiátrico Pedro II do Rio de Janeiro. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam*. São Paulo, v. 9, n. 1, p. 138-150, mar. 2006. Acesso em 28/05/2019.

____. *Os inumeráveis estados do ser* – 40 anos de experiência em terapia ocupacional. Catálogo de Exposição – Museu de Imagens do Inconsciente. Rio de Janeiro: 1986.

____. *Imagens do inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra, 1981.

SINGER, P. A América Latina na crise mundial. *Estudos Avançados*, v. 23, n. 66, p. 91-102, 1 jan. 2009. Acesso em 28/05/2019.

STOLCKE, Verena. O enigma das interseções*:* classe, "raça", sexo, sexualidade. A formação dos impérios transatlânticos do século XVI ao XIX. *Revista de estudos Feministas*, Florianópolis, 14(1): 15-42, janeiro-abril/2006. Acesso em 28/05/2019.

STOLKINER, Alicia. Tiempos "Posmodernos": Ajuste y Salud Mental. In: SAIDON, Osvaldo; TROIANOVSKY, Pablo (comp.). *Políticas en salud mental***.** Lugar Editorial: Buenos Aires, 1994.

SZASZ, Thomas S**.** *O mito da doença mental:* fundamentos de uma teoria da conduta pessoal. São Paulo: Círculo do Livro, 1974.

TARROW, Sidney. *O poder em movimento*: movimentos sociais e confronto político. Tradução de Ana Maria Sallum. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

TECHERA, Andrés. Entrevista concedida a Aisllan Diego de Assis. Ouro Preto, 03 de janeiro de 2019.

DE LEÓN, Nelson; APUD, Ismael; CANO, Agustín; JURADO, Florencia; KAKUK, Judit; MARTÍNEZ MESSINA, Lorena; MINIÑO, Adriana; SÁNCHEZ, Cecilia. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. In: DE LEÓN, Nelson (coord.). *Salud mental en debate***.** Montevideo: UdelaR CSIC Art. 2, 2013.

TELLO, Mariana Eva. La Fuerza de la cosa dada: derechos humanos, política y moral en las "indemnizaciones" a las víctimas del Estado em Argentina. In: LIMA, Roberto Kant de. NOVAES, Regina Reyes (org.). *Antropologia e direitos humanos* 1**.** Prêmio ABA/FORD. Niterói: EdUFF, 2001.

TEODORO, Maria de Lourdes**.** *Marie Langer* (1910–1987). Sociedade de Psicanálise de Brasília. Brasília: 2015.

TILLY, Charles. Movimentos Sociais como política. *Rev. Brasileira de Ciência Política*, n. 3. Brasília, janeiro-julho de 2010, p. 133-160.

TODOROV, Tzvetan. *A conquista da América*: a questão do outro. 4. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

TORRE, Juan Carlos; RIZ, Liliana. Argentina, 1946-1990. In: BETHEL, Leslie (ed.); *História da América Latina: volume X – A América Latina após 1930:* Argentina, Uruguai, Paraguai e Brasil**.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2018.

TORRE, Eduardo. Antimanicomial blues ou o ofício de se tornar mentaleiro. In: AMARANTE, Paulo. *Lugares da memória:* causos, contos e crônicas sobre loucos e loucuras. São Paulo: Zagodoni, 2017.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade*:* a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001. Acesso em 28/05/2019.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Reforma psiquiátrica, crise e resistência*: análise sócio-histórica da política de saúde mental em tempos sombrios**.** Rio de Janeiro: 2017. [MIMEO].

____. *Karl Marx e a subjetividade humana:* a trajetória das ideias e conceitos nos textos teóricos**.** . São Paulo: Ed. HUCITEC, 2010a. v. 1.

____**.** *Karl Marx e a subjetividade humana*: uma história das ideias psicológicas na Europa até 1850**.** São Paulo: Ed. HUCITEC, 2010b. v. 2.

____. *Karl Marx e a subjetividade humana*: balanço de contribuições e questões para debate**.** São Paulo: Ed. HUCITEC, 2010c. v. 3.

____. (org.) *Abordagens Psicossociais, volume II:* reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares**.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

____. *Complexidade e pesquisa interdisciplinar*: epistemiologia e metodologia operativa**.** Petrópolis: Vozes, 2002.

____. *Do hospício à comunidade:* mudança sim, negligência não. Belo Horizonte: SEGRAC, 1992.

VEZZETTI, Hugo. Psicanálise e marxismo: a fratura da Associação Psicanalítica Argentina (1971). *Tempo Social*, v. 21, n. 2, p. 61-85, 1 jan. 2009. Acesso em 28/05/2019.

VIQUEIRA, Carmen. Los hospitales para locos y “inocentes” em hispanoamérica y sus antecedentes españoles. *Rev. Esp. de Antrop. Americana*, v. 5, s/n, p. 341-383, 1970. Acesso em 28/05/2019.

YASUI, Silvio. *Rupturas e encontros*: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.

WHITAKER, Robert. *Anatomia de uma epidemia*: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental**.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.

ZAPPA, Regina; SOTO, Ernesto. *1968:* eles só queriam mudar o mundo**.** 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2018.

**APÊNDICE A -** Quadro 01: síntese dos congressos internacionais de saúde mental e direitos humanos

| Ano | Congresso | Temas principais | Países presentes | Integrações |
|---|---|---|---|---|
| 2002 | I Congreso Internacional de salud mental y derechos humanos | Los escenarios sociales como fundamentación del aparato psíquico; | Argentina, Brasil, Uruguai, Colômbia, Chile, Paraguai, Venezuela, Nicarágua, Estados Unidos, Itália, Inglaterra e Canadá. | Saúde mental, direitos humanos e luta antimanicomial; |
| | 14 a 17 de noviembre de 2002 | Devastación de los lazos sociales y patologías associadas; | | Movimentos campesinos e movimento de mulheres |
| | | Institucionalización de la locura y desocupación: privatización del sufrim iento psíquico; | | |
| | | Historicidad en el proceso de diferenciación de l os roles femeninos y masculinos; | | |
| | | Procesos sociales e institucionales de discriminación racial, sexual, social y gener acional; | | |
| | | La salud mental como derecho humano. | | |
| 2003 | II Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos | Gênero e direitos humanos;<br>Alimentação e segurança alimentar; Arte, cultura e diversidade;<br>Feminismo e saúde mental;<br>Terras e lutas indígenas;<br>Drogas e direitos humanos; | Bolívia, Colômbia, Argentina, Brasil, Chile, Uruguai, Paraguai, Venezuela, Itália e Estados Unidos. | Esse foi primeiro o congresso que se realizou pré-congressos no Brasil (Londrina) e em outras oito províncias ou cidades da Argentina (Cordoba, La Plata, Mar del Plata, Rosario, Tucuman, Neuquén, San Luis, Tandil.) |
| | 13 a 16 de novembro 2003. | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Ano | Congresso | Temas principais | Países presentes | Integrações |
|---|---|---|---|---|
| 2004 | III Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos | Subjetividades urbanas; | Brasil, | Nesse congresso iniciaram-se as premiações para os melhores trabalhos apresentados durante o evento. Foram premiados trabalhos de participantes argentinos, brasileiros e uruguaios. |
| | | Ética e psicologia; | Argentina, | Ocorreu, durante o evento, o Primer Encuentro Internacional de Lucha Antimanicomial |
| | | Prevenção em saúde mental; | Uruguai, | |
| | | Oficinas de corporeidade e saúde mental | Chile | |
| 2005 | IV Congreso de Salud Mental y ddhh | Saúde; | Brasil, | Ocorreu durante o evento o |
| | 10 a 13 de novembro de 2005 | Educação; | Argentina, | Segundo Encuentro Internacional de Lucha Antimanicomial; |
| | | Trabalho; | Uruguai | Convocatória aos trabalhadores de saúde mental e militantes sociais; |
| | | Residências Terapêuticas; | | I Foro Social de Salud Colectiva y Derechos Humanos. |
| | | Reabilitação psicossocial; | | |
| | | Atenção domiciliar em saúde mental; | | |
| | | Equipes de saúde mental. | | |
| 2006 | V Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos | Saúde mental e atenção básica Infância e juventude | Brasil, | Homenagem e análise do movimento Psiquiatria Democrática Italiana e Franco Basaglia; |
| | 16 a 19 de novembro. | Direitos das pessoas om transtorno mental; | Argentina, | Os direitos humanos passam a vir primeiro nos nomes dos congressos. |
| | | A instituição prisional; A luta antimanicomial italiana | Uruguai. | Tercer Encuentro de Lucha Antimanicomial |

| Ano | Congresso | Temas principais | Países com participantes e/ou palestrantes | Integrações |
|---|---|---|---|---|
| 2007 | VI Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos | Las Madres: 30 AÑos pariendo vidas insurgentes | Brasil, | Esse foi um dos eventos com maior número de participantes (mais de seis mil pessoas), oportunidade em que foi lançado o livro "Subjetivaciones, clínicas, insurgencias: 30 años de salud mental" que reuni textos dos principais autores do movimento antimanicomial latino-americano; |
| | | (homenagem aos 30 anos da luta das Madres) | Argentina, | Houve pré–congressos em sete cidades argentinas, no Uruguai, Brasil e Chile. |
| | | | Uruguai, | IV Encuentro de Lucha Antimanicomial; |
| | | | Chile, | I Foro Salud Colectiva, Derechos Humanos y Salud Mental. |
| | | | Paraguai | |
| 2008 | VII Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos | Luta antimanicomial latino-americana e serviços substitutivos ao manicômio. | Esse congresso reuniu representantes de toda a América Latina e Caribe, inclusive Cuba e Guiana. | Esse evento se dedicou à análise, avanços e desafio da luta antimanicomial na América Latina; |
| | 10 a 13 de dezembro | | | V Encuentro de Lucha Antimanicomial |
| 2009 | VIII Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos | Clínica, política: subjetivaciones y multiplicidad; | Brasil, | VI Encuentro de Lucha Antimanicomial |
| | 19 a 22 de novembro | Saúde coletiva e direitos humanos; | Argentina, | IV Encuentro Internacional de Detenidos em Movimiento |
| | | Saúde mental e política | Uruguai | III Foro Salud Colectiva, Derechos Humanos y Salud Mental |

| Ano | Congresso | Temas principais | Países presentes | Integrações |
|---|---|---|---|---|
| 2010 | IX Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos | Clínicas: lógicas coletivas, devires e resistências. | Brasil, Argentina, | IV Foro de Salud Colectiva, Salud Mental y Derechos Humanos; |
| | 18 a 21 de novembro. | | Chile, | VII Encuentro de LuchaAntimanicomial; |
| | | | Uruguai | V Encuentro Internacional de Detenidos en Movimiento; |
| | | | | I Foro Internacional de Ninez y Adolescencia; |
| | | | | Pré-congressos em Brasil, Uruguai, Chile e mais cinco cidades argentinas. |
| 2011 | X Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos | "Práxis de inclusión, subjetivación y ciudadanías" | Evento realizado em Córdoba. Organizado em comemoração aos 10 anos de realização dos congressos; | V Foro de Salud Colectiva, Salud Mental y Derechos Humanos, |
| | 17 a 20 de novembro | Primeiro ano de aprovação da lei de saúde mental argentina; | Participaram representantes do Brasil, Uruguai, Chile e Venezuela. | VIII Encuentro de Lucha Antimanicomial |
| | | Gênero e sexualidade; | | VI Encuentro Internacional de Detenidos em Movimiento; |
| | | Travestis e transexuais; | | II Foro Internacional de Niñez y Adolescencia; |
| | | "Cordobazo" | | II Encuentro de Arte, Desmanicomialización y Derechos Humanos; |
| | | | | |
| | | | | |

| Ano | Congresso | Temas principais | Países presentes | Integrações |
|---|---|---|---|---|
| 2012 | XI Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos, | 35 anos das Madres | Evento realizado em Ciudad de la Plata, | Primer Encuentro de Salud Mental y Medios de Comunicación; |
| | 6 a 8 de setembro | Lei de saúde mental na Argentina | Brasil, | Foro Permanente de Salud Colectiva y Derechos Humanos |
| | | | Argentina, Uruguai | III Foro Internacional de Niñez y Adolescencia; |
| | | | | ¡MejorARTE! Arte, Salud Mental y Derechos Humanos |
| | | | | Madres de Plaza de Mayo: 35 años de luchas y proyec tos |
| | | | | II Foro de Diversidad y Género; |
| | | | | II Encuentro Latinoamericano p re l Derecho a la Educación. |
| 2013 | XII Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos | "El otro soy yo" | Brasil, | Último congresso realizado. Contou com pouca adesão dos movimentos sociais latino-americanos e argentinos. |
| | 5 a 7 de setembro | Construção coletiva do Plano Nacional de Saúde Mental da Argentina. | Argentina, | |
| | | | Uruguai. | |

**APÊNDICE B -** Transcrição da entrevista realizada com Paulo Duarte de Carvalho Amarante em 24/10/2018, Rio de Janeiro/RJ – Brasil.

**Aisllan Assis**- Bom Paulo, queria agradecer a sua enorme solidariedade, a sua amizade todos esses anos e por participar desse momento que pra mim é muito especial, você sabe disto, que é conversar com você sobre não só a minha pesquisa mas toda a sua experiência latino-americana de trabalho de luta no campo da reforma psiquiátrica, da saúde mental. Quero te agradecer de coração nesse momento.

**Paulo Amarante**– Obrigado

**Aisllan Assis**– Eu queria começar perguntando pra você, Paulo, a seguinte coisa: você esteve em 1981 em Cuernavaca, México, onde foi criada a Rede Latino-americana de Alternativas a Psiquiatria e você também, depois de todos esses anos, em 2017, em outubro de 2017, você estava em Florianópolis quando se criou uma nova rede – a Rede Latino-americana de Direitos Humanos e Saúde Mental. Você protagonizou historicamente essas duas Redes. Eu queria, se você pudesse começar falando desses dois momentos. Lá de 81, fazer um paralelo entre esses dois momentos, do ponto de vista que você escolher, seja pessoal...

**Paulo Amarante**– eu acho que assim, até para situar porque que eu estava em 81, é que eu estava em 78, aqui no Rio de Janeiro, quando criamos o movimento dos trabalhadores de Saúde Mental, que é o primeiro ator social da reforma psiquiátrica. Você tinha pessoas, Nise da Silveira, Oswaldo dos Santos etc, mas você não tinha uma organização assim formal, um movimento com as características, e do movimento que tinha de questionamento à psiquiatria, de denúncias de propostas de transformação. Então isso fez com que eu, numa questão histórica, estava dentro do Hospital Pedro II, hoje chama Instituto Nise da Silveira, e fiz a primeira denúncia, fui o primeiro demitido pelo ministro da saúde junto com mais dois colegas, fomos em três. Esse movimento, acabou que esse processo pela conjuntura, tomou uma dimensão nacional na mídia. Nós ficamos coisa de seis a oito meses na grande imprensa. Tenho todos os artigos guardados coisa que na época e ainda hoje é muito raro que um tema assim específico alcance a mídia por tanto tempo. Aí, com isso apareceram os manicômios do Brasil, aquela coisa toda. Nesse mesmo ano, no final do ano, já tínhamos criado o movimento, foi um ano importante porque teve o encontro do Ibrapsi, aqui no Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Psicanálise, Grupos e Instituições, criado pelo Gregório Baremblitt, uma liderança importante da Argentina que vinha exilado de lá, e um dos fundadores da Esquerda Freudiana, do Movimento Questionamos, da Plataforma, todos esses movimentos mais

críticos da psicanálise e da saúde mental argentina que tiveram certa importância. Porque a Argentina tinha lá Bleger, Pichón Rivière, o próprio Gregório, Armando Bauleo, Mimi Langer, todo esse grupo. Então ele vem pra cá. Esse ano também foi um ano também especial a nível internacional que foi a aprovação da Lei Basaglia, que ficou conhecida como Lei 180, na verdade ela ficou um período com esse nome e no final desse ano ela foi incorporada à Lei da Reforma Sanitária Italiana que é a Lei 833. Mas ficou conhecida como a Lei 180 ou Lei Basaglia. Então esse encontro que foi no final de outubro, possibilitou que viesse como Gregório falava, lá na homenagem agora no Uruguai a gente viu, os treze maiores críticos da psiquiatria do mundo dentre os quais Thomaz Szasz, além do Franco Basaglia, o Guattari, o Lurreau, o Roberto Castel, o Erving Goffman, Howard Becker. Toda a biografia importante do mundo estava ali. Então isso deu pra gente uma dimensão de movimento de luta, coletivo, de questionamento não individual de uma pessoa ou outra trazendo uma experiência, mas de movimento social no mesmo contexto em que surgiam o que o Boaventura dos Santos chamou de novos movimentos sociais que eram movimentos não só de sindicatos, de corporação, mas que tinham uma questão, a questão dos direitos humanos, a questão da cidadania e tal. Novas questões que surgem no cenário político. E essa amplitude mais internacional. A gente começou a ter contatos, a saber então que tinha redes alternativas lá na França, tinha tido um encontro da Reseau. Então esse contexto fez com que eu, por exemplo, que estava no núcleo desse movimento tivesse essa dimensão internacional, esse contexto. Eu migrei um pouco, então da psiquiatria especificamente para a saúde coletiva, na época medicina social. Fui fazer a medicina social na UERJ. Daí eu tive contato com todo o grupo que viria a ser constituído como a Alames (Comissão Latino-americana de Medicina Social) do pensamento crítico mais amplo e de esquerda no campo da epidemiologia (ininteligível) social, da saúde mental, saúde coletiva, saúde pública e todos esses conceitos que na época um pouco medicina social que os mexicanos utilizavam. Eu fui então pro Instituto de Medicina Social fazer o curso de Medicina Social no México em 81. Então eu peguei esse período lá de poder ir a Cuernavaca. E agora, como você falou, depois de constituir a Abrasme, que eu senti a necessidade de recuperar uma ideia antiga que nós tínhamos de ter um movimento, uma entidade um pouco mais formal. Até porque o movimento você não pode ter recurso, não tem sede, não ter presidente ele se transformou no movimento “uma cidade sem manicômio”, no movimento da luta antimanicomial etc. Eu continuei nessa linha do movimento antimanicomial, um processo importante como Basaglia dizia: como se faz para entrar num movimento? Ele falava, entrando. Movimento é um movimento não é uma instituição, uma entidade. O que não impede que você possa ter entidades, instituições que

possam ter uma organização mais formal. Então, depois de um certo tempo, com um racha dentro do movimento da luta de um lado renhida se perdeu um pouco da organicidade, uma série de outros aspectos que eu identificava conjunturalmente como por exemplo o governo popular democrático de certa forma abrir mão dos movimentos sociais porque se considerava de vanguarda. Se considerava sendo um governo base/Estado, uma confusão disso, eu sentia falta de uma organização importante. Convidei algumas pessoas. Eu como coordenador do grupo de Saúde Mental da Abrasco comecei desde 2006 num processo de organização dentro do GT da Abrasco pra fazer uma associação brasileira de saúde mental. Ao contrário da Abrasco não de pós-graduação e dentro da Abrasco eu comecei a militar também e com outras pessoas, outras lideranças pra transformar a Abrasco também numa associação de saúde coletiva, perder o pós-graduação, pra ser uma entidade mais importante e sempre atuei no Cebes. Então eu tinha o Cebes, eu fui presidente nacional do Cebes, o único psiquiatra que foi presidente, fui editor da revista. Participei do Cebes desde a sua criação em 76. Eu já estava ligado ao Cebes, depois a Abrasco em 79, no meio disso ao movimento da luta antimanicomial que nasceu dentro do núcleo de saúde mental do Cebes. Até publicamos o primeiro artigo naqueles anais do Cebes. Então foi essa articulação nesse meio que uma entidade a Abrasme, eu fiz aquele vídeo, que reunisse pessoas da academia, de serviço, de movimento social, usuários, familiares, técnicos, profissionais, sobreviventes, militantes de direitos humanos, militantes de direitos de sexualidade, de direitos da terra, étnicos, etc. E que não fosse uma entidade nem de corporação, progressista. Essa foi uma discussão lá no início da Abrasme não, tem que ser psiquiatra, tem que ser psicólogo, entra qualquer um? Não, é usuário, familiar, militante, de qualquer linha de direitos, de luta, de democratização e também não teremos nunca um critério de seleção igual aos clubes, as entidades, um comitê que vai julgar se entra. Não! A pessoa quer entrar, aí a pergunta: mas é reacionário? Não tem problema, pode entrar. Pelo contrário, a gente espera contaminar essa pessoa por isso. Nunca imaginamos que a ABB quisesse entrar pra infiltrar-se nas nossas identidades e nunca tivemos problemas com isso. Então, com a criação da Abrasme que começou a ter um impacto importante por um lado, é preciso sentir a ausência do Ministério da Saúde reconhecer a Abrasme, não chamar pra Conferência, não chamar pra organização. Há um certo momento, na 4ª Conferência, o presidente da Abrasme que não era eu era o Walter, chegou a ser expulso da comissão organizadora porque se insinuou foi pra primeira reunião da comissão foi se oferecer que a Abrasme deveria e queria participar e os “caras” não, não vão, não pode, não chamamos, não convidamos, não queremos. Aí o coordenador nacional falou a não senhor queira... vai ser necessário chamar segurança pra fazer sua retirada. Isso pra mim foi

simbólico. Assim, tá tendo uma ameaça. Uma ameaça porque já não é renhido o movimento da luta, não é isso. O Movimento popular é uma outra coisa, de esquerda ele sabe, crítico e que tá ameaçando. A falta de apoio e de recurso pra fazer. Fizemos o congresso em Santa Catarina, 2008, em 2010 o do Rio de Janeiro. Uma bomba lá na UERJ. Bombou! Em 2012 o de Fortaleza que deu 7000 pessoas.

**Aisllan Assis**- Muito internacional.

**Paulo Amarante**– 7000 pessoas, muitos internacionais trouxemos. O de Manaus, depois de São Paulo, agora o de Brasília. Então já tem uma história. Seis congressos de peso. Dentro dos congressos criamos então uma rede de direitos humanos nessa ideia de também não abandonar o lado acadêmico e tal, mas reforçar um evento que pudesse ser, como fizemos com as mães da Praça de Maio, a ideia de criar o Fórum. O Fórum, ao contrário do congresso, ao contrário não, quer dizer, como a opção ao congresso.

**Aisllan Assis**– um espaço

**Paulo Amarante**– um espaço específico mais voltado pras questões políticas, de cidadania, de direitos e tal. Aí eu, coincidência, dando aula lá em Lanouge encontrei com Andreas que já o conhecia das madres, tinha o livro dele há muito tempo. Comecei a conversar isso com ele e comecei a conversar com a turma. O doutorado lá de Lanús, da Universidade Nacional de Lanús, doutorado em saúde mental comunitária, criado pelo Emiliano Gadiende um cara histórico também desse processo todo lá do grupo do Metataforma militante histórico lá da Argentina, é um doutorado conveniado a OMS que tem a Opas tem pessoas de vários países: Colômbia, México, América Central, América do Norte, Latina e muitos, claro, argentinos e uruguaios, paraguaios, chilenos. Então foi uma oportunidade de um diálogo dessa importância da rede. Um debate que estava presente na minha previsão de aula mas pequeno tomou uma característica grande inclusive nações indígenas. Eu tenho uma orientanda que é indígena, casada, eles não chamam indígenas mas povos originários e povos ancestrais, eu nunca consegui entender a diferença. Ele diz que ele é ancestral e ela originária. Tentaram me explicar mas eu não consegui. Um dia eu vou voltar a ler sobre isso. Então a ideia da rede começando a conversar com Andreas vamos fazer. Eu contei então a ele que o 4º Encontro da Rede Alternativas a Psiquiatria seria no Uruguai, tiramos lá em dezembro de 86, mas eu tenho o cartaz aí da Rede, já viu não, o original.

**Aisllan Assis**– Por una sociedade sem manicômio

**Paulo Amarante**– é, tem o original aí. Aí tiramos no último dia que seria no Uruguai. Desencontrou, o pessoal desapareceu. Não me lembro agora exatamente quem eram as pessoas. Depois o Fórum também das Madres o primeiro foi na Argentina, o segundo no Brasil e o terceiro seria no Uruguai. Chegamos a tirar o compromisso com o Alfonso Lancer e desencontrou, sumiu e nós não tivemos. Aí fizemos o terceiro mesmo lá na Argentina. Logo depois a associação lá das Madres a universidade teve aquele impacto com a questão do irmãos Schoklender que desestruturou-se, aí perdeu. Mudança de governo, política também. Então é isso, o link que eu faço, a associação, é essa militância minha política mais geral assim, a ideia de que é um trabalho que não tem nacionalidade então essa coisa é mais americana. Um cara como Bob, como a Laura, um cara como Basaglia o Castel, são internacionais porque tratam de questões mais universais. Não posso dizer universal no sentido de universal

**Aisllan Assis**– dominante

**Paulo Amarante**– são questões que dizem respeito à sociedade de todo o mundo: direitos, participação, opressão, violência. Então essas pessoas que têm essa visão conseguem sair do seu campo técnico profissional e vir de fora e pensar o papel social como Basaglia no primeiro momento falou olha, lá em Gorídice, o que é Psiquiatria. Primeiro faz a denúncia epistemológica: a psiquiatria é um saber ideológico fundamentalmente articulado pra rotular determinados comportamentos, pra controle social, circuito do controle. Não tem qualquer fundamentação científica epistemológica. Ela é criada a posteriori depois as evidências são feitas porque você faz. Muito ele falava essas coisas: você fala que a mulher é o sexo frágil, que é incapaz, essas coisas, você cria as condições retirando dela a escola, o direito, a educação, o poder ...

**Aisllan Assis**– o trabalho

**Paulo Amarante**– o trabalho e pagando menos. Então ela se torna frágil pelas condições externas. Então você produz o resultado que você diz ser. O caso que a doença mental é crônica, incurável, aí botava nos manicômios e degenerada. Aquela ideia do Morel que bota 20 anos no manicômio chega lá depois: tá vendo, o cara taí desarticulado, desorientado, não sabe mais quem é, o que que faz, etc..etc, e além de outras coisas como delírios, alucinações que produz uma pessoa sob isolamento, sob encarceramento, prisioneiros que não tinham nenhuma história patológica, prisioneiros políticos por exemplo, que tiveram surtos...

**Aisllan Assis**– a loucura da prisão, né

**Paulo Amarante**– a loucura da prisão. O Juliano Moreira já tinha um clássico sobre isso. Então essa ideia, eu tive sempre essa visão. Por isso também em 2000, em 99 eu comecei na Universidade, em 2000, numa reunião lá na Argentina, eu estava indo pra Universidade de Buenos Aires, dando umas disciplinas lá, veio a ideia de a gente pegar a Universidade Popular das Mães da Praça de Maio e criar um movimento em torno das madres pelo que elas representavam de direitos, de luta. Já tinha algumas iniciativas assim isoladas de um seminário de direitos humanos, um dia, dois, e fizemos um congresso. Fizemos um congresso também que eram milhares de pessoas e então reunimos pessoas do mundo inteiro. Do mundo inteiro. Eu me lembro de lá pessoas do Canadá, do México, da América Latina toda, França, Itália, várias pessoas que vinham, claro, mundo inteiro que a gente fala assim, de várias partes do mundo.

**Aisllan Assis**– Então, Paulo, é justamente agora que eu queria conversar sobre isso. Então nós fomos de uma ponta a outra, 2017 né, e 1981, mas entre esses dois pontos históricos tem as Madres. Então foram doze congressos internacionais, inclusive em 2008, foi quando onde eu comecei essa pesquisa lá em Buenos Aires, no Congresso das Madres. Eu queria que você falasse um pouquinho como é essa história das Madres. Como é que foi possível criar um ponto latino-americano, durante doze anos que reunia não só a América Latina, como você colocou agora, mas outros, mas era sem dúvida, pelo menos no que eu tenho levantado, um ponto de encontro forte latino-americano no campo das reformas psiquiátricas, da saúde mental e da luta antimanicomial.

**Paulo Amarante**– É e inclusive primeiro assim as Madres com a sua história de luta, denúncia, de resistência às formas de opressão, de violência eram um foco, um núcleo importantíssimo. Por outro lado, o Gregório Kazi que era um companheiro aqui do Brasil já de muitos anos, tinha morado aqui no Brasil, eu conheci o Gregório também na década de 70/80 aqui no Brasil, teve no 1º Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em setembro de 1993 em Salvador, era nosso convidado. Então o Gregório estava articulado com esse movimento...

**Aisllan Assis**– Você já conhecia o Gregório!?

**Paulo Amarante** –...conhecia português, enfim outros encontros. Outro dia eu achei uma foto minha com ele novinha, mandei pra ele, ele ficou até emocionado. E o Gregório vinha atuando nas Madres, na Universidade Popular, ajudando a constituir a Universidade,

nós tivemos essa possibilidade de conversar com ele. Uma outra companheira, professora da Universidade de Buenos Aires, a Dulce  Suage, que é uma brasileira que mora há 60 anos na Argentina. Outras pessoas que tinham... o professor Mário Testa, a Margareth Zaldua, o Alfredo Moffatt, o Armando Bauleo, o Angel Fiasquê, um dos caras que levou o Basaglia junto com o Moffatt para os Estados Unidos. O contato do Basaglia com o Kaplan em 70 foi por esse cara, o Angel Fiasquê e o Moffatt que eram exilados lá. E é...o Fernando Ulhoa, então é esse time. Nós começamos a reunir, a falar e fazer e fizemos isso também aqui no Brasil. Foi uma pessoa que apoiou, importante, o Antônio Lancetti, Gregório Baremblitt, que começou então, foi logo contatado no início também. Então foi a oportunidade de reunir essa velha guarda dos trabalhadores de saúde mental. Na Argentina eles chamavam assim. Eles não usavam movimento. Trabalhadores de Saúde Mental (TSM) do Grupo Plataforma, de todas aquelas linhas de tendência.

**Aisllan Assis**– o protagonismo argentino

**Paulo Amarante**– É!  E retomar, e politizar porque eles também falavam isso, é muito centrado na psicanálise, no consultório. As instruções estavam imóveis, sem transformação. Então essa foi a ideia de a gente criar, o primeiro foi acho que 2001, agora eu tô sem.... que foi o mesmo período do Fórum Social Mundial, que eu também estava envolvido pelo movimento Trabalhadores de Saúde Mental, da Luta Antimanicomial, Abrasco e Cebes. Fundamentalmente o Cebes por aonde eu fui colocado. Aí começamos então. Participei da organização dos Fóruns Sociais Mundiais lá em Porto Alegre, que eram todos em Porto Alegre, de 2001 a 2005 eu acho. O Gregório Kazi foi chamado para algumas atividades do Fórum. A Hebe de Bonafini, eu levei a Hebe um ou dois anos seguidos. Uma vez até numa mesa comigo na hora chegou o Lula e ela teve que ir pra falar com o Lula. E no Congresso da Abrasco eu trouxe a Hebe também. Então a gente criou uma rede aí onde tá a Abrasco, Cebes, Alames, boa parte desse pessoal que a gente conhecia lá da Argentina estava ligado à Alames (Associação Latino-Americana de Medicina Social) como, por exemplo, o Hugo Messer, José Carlos Escudeiro, o Saydon, eu falei lá também, que é um psicanalista que esteve aqui também junto com o Gregório na época que veio o Baremblitt, depois voltou lá pra Argentina. Então a gente articulou uma rede mesmo. Sem WhatsApp na época, um ou outro fax, telefone, a gente se falava, fazia e tal, algumas outras reuniões, conseguimos fazer os uns eventos potentes das Madres, que implodiu por questões externas. Assim a saúde mental, as questões tanto da política nacional, as denúncias de corrupção de um funcionário, que não foram las Madres em si, um funcionário ou dois funcionários, ele e o irmão, e a mudança da política na

Argentina. Uma guinada pra direita depois, né, com uma tentativa meio de impeachment golpe meio semelhante ao da Dilma lá com a Cristina Kirchner. Todo um movimento de reorganização da direita nessa linha internacionalista que as pessoas falam agora do convênio de Atlanta, do projeto de Atlanta, que se perdeu. Mas foi um movimento riquíssimo embora, a gente mesmo avaliando, acabava os encontros a gente fazia avaliação, a gente achasse que precisasse ter mais atores sociais, mais movimentos, mais usuários, mais sobreviventes. Essa fala é nossa de muito tempo. A questão é que na prática tanto na Argentina quanto no Uruguai não tinha usuário militante ou sobrevivente atuando. Nós que levamos isso prá lá. Nós que levamos a ideia da reforma psiquiátrica e então eu passei a me envolver na elaboração da Lei de lá. Fui no signatário do movimento da Lei, que assinou como primeiro nome lá dos apoios internacionais, fizemos passeata e tal. A Lei que foi aprovada em 2010 e que inspirou também o movimento uruguaio. Mas muito recentemente é que você vê associações de usuários, associações de sobreviventes ou alguma movimentação nessa área na Argentina e no Uruguai. Paraguai não tem nada, no Chile usuário é um conceito utilitarista é paciente e o Brasil que tinha um pouco mais desse movimento. Com toda crítica que a gente pode fazer mas nós levamos Setemberg lá nas Madres e Fernando Spinato, Edvaldo, muita gente. Muitos usuários foram. Tinham uma participação importante, uma fala importante e estimulávamos esse movimento. Lá tudo era inda muito dentro do hospital, muito pouca iniciativa externa. Nós ajudamos a constituir de alguma forma a rádio lá de Buenos Aires, tô falando da rádio lá de Buenos Aires. Conseguimos começar algum movimento em Rosário um centro de de estudos que eu fui para a pré inauguração. Então ficamos num contato. Publiquei lá o Lute pela Vida, esgotou duas edições muito rapidamente, uma pena. Depois o Superar ao Manicômio que vai ser reeditado agora e outros capítulos lá como aquele Subjetivaciones, Insurgências e etc com o Gregório. Começou a produzir. Ia sempre pra cursos, seminários, atividades. Dei aula em Rosário algumas vezes. Lembro de momentos históricos, assim, de eu falando na Associação Médica de Rosário, o auditório lotado, e depois horas a gente conversando, pessoas discutindo, debatendo, no Instituto Juan Lasarte também em Rosário, na Universidad de Entre Ríos, que é Paraná a cidade, capital, e por aí afora. Fui a Viedma na 1ª Conferência Argentina de Saúde Mental, que é no Rio Negro, Patagônia. Córdoba, onde participei da fundação do mestrado do programa alguns anos lá participei até adoecer e me afastar. Então participei de alguns e outros convites que não dava conta, por exemplo La Plata que não dava porque tinha que ir de carro e San Luiz que fica a 1000 km de Buenos Aires eu fui. Então eu tive vários eventos assim lá na Argentina. Teve uma época em que eu viajava com regularidade e conseguimos criar uma interlocução um movimento. Então essa ideia agora da rede com os

alunos do doutorado. A Celeste estava lá, não foi só o Andreas, porque o Andreas, quando nós decidimos o Uruguai eu sugeri que fosse o Uruguai por causa da...

**Aisllan Assis**– das duas vezes que não foram..

**Paulo Amarante**- ...das duas vezes que não foram. Vamos ter que fazer no Uruguai agora, Andreas. Lá tinha o Nelson, a Maria José, a Débora Gribov, e eu trouxe todos aqui no 1º Encontro, em 2017, Droga Psiquiátrica, isso um pouco explica talvez a Laura, o Bob que a gente queria e o Iaco que a gente queria levar. Foi um convite assim, nós estávamos aqui, achamos que esse recorte maduro do Bob enquanto um cara que faz a crítica a corrupção psiquiátrica, a corrupção enquanto algo organizado dentro da psiquiatria, não mais um problema da indústria não informal do efeito colateral. Mas não, de corrupção em pesquisa. Fraude nos resultados

**Aisllan Assis**– Um esquema

**Paulo Amarante**- A Laura, com o discurso dela de sobrevivente e a capacidade de suspender o medicamento. Porque ela centrou nisso. Ela veio duas vezes aqui dizendo: é possível suspender o medicamento psiquiátrico. É difícil porque dá dependência mesmo. O antidepressivo, o antipsicótico... não sei se você viu um outro dia que ela veio sozinha aqui. Tá filmado aqui no acervo.

**Aisllan Assis**– eu assisti aos vídeos dela

**Paulo Amarante**- e do Iaco, como uma política, embora num local pequeno mas falava a mesma coisa de Trieste falava a mesma coisa do Basaglia. A questão não é o tamanho do lugar só, é claro uma demanda como o Rio de Janeiro, mas você teria que ter recursos mais potentes, mas a possibilidade e o pressuposto de que a cronificação é muito decorrente da conduta tanto medicamentosa de usar, centrar o tratamento no medicamento e abrir mão de outras possibilidades de escuta, de relação de continência, etc, por outro lado o próprio medicamento causador de consequências adversas, redução do tamanho do cérebro, diminuição de capacidades.

**Aisllan Assis**– os próprios delírios e as suas tensões já têm relação

**Paulo Amarante**-... a ideia. Mas o Iaco não podia, já tinha um compromisso no Paraguai onde ele tem uma situação lá, um curso que ele está dando. O Bob também não podia e a Laura foi possível. Mas a ideia era... e eu acho que foi isso: fizemos um encontro bastante forte lá no Uruguai.

**Aisllan Assis**– Paulo, sempre aparece, você veja, nas duas narrativas que você acabou de fazer sempre aparece Brasil e Argentina. Issdo demarcou durante muito tempo nessa pesquisa que eu faço uma questão sul americana, América do sul. No entanto, quando eu fui rever mesmo tem participantes de vários países. Como você analisa isso? Por que que a Colômbia aparece pouco mas tem, como que é isto?

**Paulo Amarante**– Tem. Então, no 1º Encontro da Rede tinha o pessoal da Colômbia. Eu tenho até um livro deles...

**Aisllan Assis**– foi uma colombiana que editou o relatório

**Paulo Amarante**– Então, tem um outro Daniel, eu tenho um livro dele muito legal que tinha um discurso meio antipsiquiátrico na linha Lang assim mais ou menos, o lugar do não lugar, da loucura ... eu não me lembro bem... eu vou achar esse livro e te procuro e vejo esse livro aí. E o México, a Colômbia, a Nicarágua em outro contexto. A ideia dos CAPs como vieram pra cá veio trazida da Nicarágua. Tinha um cubano acho que com uma outra linha mas gente se aproximou muito de Cuba

**Aisllan Assis**– E durante as Madres vocês faziam também contato com...

**Paulo Amarante**– Fazíamos, então. A questão é que eu não sei se eu tenho alguma explicação o suficiente, né!? Primeiro o Brasil teve um processo de democratização, de construção de política pública, não só na reforma psiquiátrica mas na sanitária. O SUS, a ideia do SUS gerou uma política pública. As Conferências Nacionais de Saúde nenhum país tem esse processo ou teve, né, esse processo que nós tivemos e que eu acho que nunca mais será o mesmo, de construção coletiva, Conferências locais, institucionais, de serviço. Municipais, de regiões, nas áreas administrativas estaduais e nacional. Um grande processo. Eu me lembro do Giovanni Bellinger, o Franco Rotelli, o Benedetto, o Venturine, o Desviat, o Levav que era da Opas, o israelense. Todos ficavam perplexos com a potência do movimento brasileiro, a força. Os Conselhos de Saúde de serviço, municipais e tal. Então a rede de associações, de entidades importantes como o Cebes formulador de políticas, a Abrasco, isso tudo foi um cenário em que o Brasil se destacou não só na área de saúde como em outras áreas importantes.

**Aisllan Assis**– entendi. Virou um repositório...

**Paulo Amarante**– E no mundo inteiro virou um país não mais do futuro, mas do presente. Entrou nas grandes economias do mundo. Estamos tendo este desfecho lamentável, mas o Brasil saltou, na área de saúde nós viramos uma referência. Os Congressos da Abrasco, o famoso do Rio Centro chamado de Abrascão e o da Abrasme chamado de Abrasmão foi o

de Fortaleza. O abrascão teve treze mil pessoas, tá entendendo. Uma coisa de louco. Você faz isso aonde? No Canadá, na Argentina, onde tem isso? Não tem. O Rio Centro lotado. E atividades culturais. E essa dimensão que nós tivemos de pensar a reforma sanitária como o Arouca falava, um processo civilizatório de transformação em defesa da vida nunca teve em lugar nenhum. Então isso foi a especificidade. A Argentina, foi um país também com lutas de esquerda de construção que teve muita importância e nós tivemos muita influência. Boa parte dessas lideranças foram dizimadas, assassinadas ou exiladas. O Chile... Mas a Argentina continuou, boa parte menos assassinados ainda do que no Chile aonde foi extermínio genocida da esquerda. Se acabou e aí o Chile fez uma opção a uma ditadura longa do Pinochet arrasou com o pensamento de esquerda e, aí teríamos que pensar o que que aconteceu com o Brasil. E também culturalmente, a Psiquiatria ficou dominada, a Sociologia, antropologia e outros saberes.

**Aisllan Assis**– e se isolou não é?

**Paulo Amarante**– e se isolou. O Chile hoje tem uma linha americana..

**Aisllan Assis**– comunitária mas ...

**Paulo Amarante**– comunitária, em cima da doença, muita introdução da OPS na sua linha mais tradicional, tá entendendo. O Paraguai não teve praticamente nada. Quando começou o período mais democrático com Lugo, os caras detonaram o Lugo. Bolívia não teve também nenhum processo. Peru... Então os países continuaram com a psiquiatria tradicional muito forte, com instituições asilares muito fortes embora não tantas como o parque manicomial que teve aqui no Brasil em boa parte na Argentina também. Então eu não sei explicar. O Brasil eu consigo explicar mais por esse processo de redemocratização e de construção de um projeto nacional que nós tivemos. A Argentina por essa tentativa tem um movimento de esquerda importante, crítico. O peronismo de esquerda se mantém como um movimento forte, mas também foi detonado. Então as instituições ficaram muito... e é isso... a Nicarágua teve aquela virada mas hoje tá um horror, a Venezuela também não conseguiu fazer na área da saúde mental nada de inovador embora tenha lá os Castegles. Leon de Castegles que foi um dos caras que idealizou a Declaração de Caracas mas tinha aquela visão da reestruturação psiquiátrica. O Castegles é comunistão, marxista, radical. O último livro dele ele mandou pra mim, ele é meu amigo até hoje, mas eu desço o pau nele lá na Declaração de Caracas eu falo: o que que aconteceu com você? Porque até então eu não tinha recurso... bota dinheiro, tá entendendo. Quando fizeram o relatório nós todos aceitamos O Rotelli dizia que aquilo era bom, botou num texto nosso

**Aisllan Assis**– e se difundiu, né. A OPAS pegou

**Paulo Amarante**– como sendo a Opas que fez a reforma psiquiátrica no Brasil, o que não é verdade. O movimento começou a tomar a dimensão um ano antes de Caracas, quase dois anos antes com o fechamento da Clínica Anchieta em 03 de maio de 1989 em Santos.

**Aisllan Assis**– E depois que vem os consultores

**Paulo Amarante**– depois de 90, final de 90, outubro de 1990 que é a Declaração de Caracas. Já tinha sido apresentado e foi naquela semana que foi aprovado o Projeto de Lei de Paulo Delgado na Câmara dos Deputados. Aí todo mundo, maravilha! E tal. Aí que os empresários viram que aquilo ali não era bom. Mas aí nós já tínhamos o projeto, tínhamos a experiência de Santos que desencadeou o projeto. Outra coisa que eu vejo de erro histórico é isso: um que foi a Declaração de Caracas que desencadeou o processo de reforma psiquiátrica mais contemporânea fora o movimento lá de trabalhadores e tal, e o outro que foi a Lei, o projeto de Lei. Então é importante saber que o movimento foi criado em 78, ele se mantém com uma visão preventivista, antipsiquiátrica, crítica, mas em 1987 em Bauru ele muda pra uma cidade sem manicômio e faz as duas rupturas epistemológica e política. Em 87 primeiro uma tentativa em Bauru e 89 em Santos, quando o Danilo vai pra Santos é que tem mesmo, aí sim, uma ruptura. A ideia do fechamento do manicômio e a substituição, porque hospitais já tinham sido fechados. Ah! tá matando mais do que tratando. Mas a ideia não ´. De montar um outro..

**Aisllan Assis**– uma alternativa

**Paulo Amarante**– um outro modelo de lidar, de cuidar foi lá em Santos

**Aisllan Assis**– pra finalizar agora, Paulo, assim, as redes alternativas essas agora, elas foram tramadas, e isso aparece nos documentos na falas das pessoas através dos encontros e dos congressos. Então, se tem uma certa institucionalidade foi entorno da construção desses eventos. Alguns saíram livros como é o caso das Madres. Desse agora o 2º encontro não saiu, mas a programação quase que é um livrinho...

**Paulo Amarante**– agora saiu um relatório final que um passo pra um livro, uma coisa assim.

**Aisllan Assis**– inclusive a ideia da relatoria era isso, produzir a memória e depois.. Essa é uma questão, os encontros e os congressos eram esses pontos. Outra coisa que aparece e que tá envolvido nisso é a ideia de movimento, rede e coletivo. Movimento que

provavelmente está ligado à ideia de movimentos sociais. Fazer um movimento. Aí instantaneamente aparece a coisa da rede como algo que liga, rede de conversa, e o coletivo que parece ser uma coisa ligada ao trabalho, ao fazer. Ou seja, não aparece aí uma institucionalidade forte nesse período todo, de 81 a 2017, tem uma trama enorme, a rede cresce, diminui de forma fantástica, mas por exemplo, não saiu nenhuma associação, como que você analisa isso, Paulo?

**Paulo Amarante**– Tem, a Abrasme, saiu, né!?

**Aisllan Assis**– sim

**Paulo Amarante**– a Abrasme é uma associação brasileira. Nós pensamos em criar alguma forma lá no Uruguai, lá na Argentina e eu pensei em criar a Alasme

**Aisllan Assis**- a Alasme

**Paulo Amarante**– Foi uma ideia, quando começamos a falar da rede eu falava de criar a Abrasme e a Alasme. Como tinha a Alames  a Alasme mas as pessoas acharam que seria um segundo momento. Não foram contrárias. Acharam que primeiro a ideia da rede. Então esse é um assunto que pode aparecer agora. A ideia da rede seria uma estratégia de divulgação de fomentação de fazer germinar aí o tema. Uma certa visão, uma certa compreensão do tema político, ideológico, epistemológico. Sair daquela ideia da saúde mental só, como clínica, como terapêutica e tal. Associado a isso a ideia dos direitos humanos à frente. Eu sempre insisti. Se você pegar as provocações do Valter Oliveira pra rede lá em Florianópolis e depois em Brasília, você vai ver que está lá Saúde Mental e Direitos Humanos aí eu ia lá e escrevia. Na página foi uma briga pra eu conseguir tirar. Ele organizou previamente um encontro lá em Florianópolis chamado Saúde Mental e Direitos Humanos, prévio ao Fórum e eu não fui chamado. Não fui chamado e entendi porque. Porque eu brigava e dizia não, essa mudança, aí eu sugiro que você veja o discurso do Paulo AmaranteVanuck no 1º Fórum de São Paulo, ele falando como impactava pra ele essa inversão. Eu tinha conversado com ele um pouco o porquê e tal, mas fui eu que fiz isso na visão dêle mas nós elaboramos juntos e ele claro, é um cara intelectual. Até falta de onde que ele anda. Tá quieto, sumiu. Ele estava na Câmara Internacional de Direitos Humanos da Corte lá em Porto Rico ou  na Costa Rica..

**Aisllan Assis**– Costa Rica, a sede da Corte é na Costa Rica

**Paulo Amarante**– Então a ideia da rede é que ela pudesse um pouco fomentar e eventualmente ser criada a ideia de uma associação que pudesse da institucionalidade e pudesse também ter uma atuação mais permanente como, bem ou mal a Abrasme tem um

boletim tem um recurso, tem um site, tem uma página que pudesse manter. Embora hoje com as redes sociais e eventualmente você pode ter um facebook ou um blog mais livremente. Mas eu acho ainda que a ideia de uma associação latino-americana de direitos humanos e saúde mental seria importante até para se contrapor a latino-americana de saúde mental que é dominada pelos psiquiatras em parte e outros locais pelas psicanalises. Então uma que fosse mais com essa visão dos Direitos Humanos colocado.

**APÊNDICE C** - Transcrição da entrevista realizada com Pedro Gabriel Godinho Delgado em 22/10/2018, Rio de Janeiro/RJ – Brasil.

**Aisllan Assis**– Então Professor Pedro, eu gostaria de começar agradecendo a sua solidariedade por participar da minha pesquisa e eu gostaria de começar perguntando isto que a gente estava conversando aqui. O senhor não esteve em Caracas, mas organizou os quinze anos de Caracas, que foi em Brasília e participou como único brasileiro convidado dos vinte e cinco anos. A partir dessa experiência como o senhor avalia a saúde mental, as instituições nesse nosso território da América do Sul.

**Pedro Gabriel Delgado**– Então é, pegando assim do período... Primeiro uma observação sobre esse período da Declaração de Caracas, 1990. A Declaração de Caracas foi um documento extremamente importante do ponto de vista político, influenciou os países da região. Aqui no Brasil foi muito importante na legitimação da proposta de reforma da assistência e da aprovação também da Lei Paulo Delgado. O próprio Paulo Delgado esteve presente em Caracas junto com David Capistrano, foram os brasileiros que estiveram lá, e com o coordenador de Saúde Mental da época do Ministério da Saúde. Em Caracas as presenças do Benedetto Sarraceno e do Levav foram decisivos pra construção desse documento. Esse documento que acabou sendo uma das sustentações do nosso Brasil. Sustentações assim, de referência da OPAS e da OMS como sendo os organismos reconhecidos dos quais o Brasil faz parte e que recomendavam uma mudança do modelo de atenção que a gente tinha aqui no Brasil. Então, pensando neste contexto latino-americano que é a sua pergunta, a proximidade que o Brasil tinha nesse período e até um pouquinho anterior a Caracas, na minha experiência, de profissional e de militante, ela é facilitada e articulada por uma articulação internacional que se chamava Rede Alternativa de Psiquiatria. Então, tinham ocorrido alguns anos antes alguns encontros da Rede Internacional de Alternativas a Psiquiatria. Em 1986 aconteceu um encontro extremamente importante em Buenos Aires com a presença de pessoas muito significativas como Robert Castel, da psiquiatria democrática italiana estava o coordenador de Trieste, uma figura super conhecida que também estava lá. E estavam os colegas que são da Argentina, do Uruguai, do Chile e do Brasil. Na verdade ... e do México porque era um encontro latino-americano da Rede. Posteriormente fizemos aqui no Brasil um grande encontro da Rede também com convidados estrangeiros. O que estou mencionando pra você são coisas anteriores à Declaração de Caracas e que não são especificamente ligados à política pública de saúde mental, mas ligados a uma certa

construção de um caldo de cultura antimanicomial. Um polo de cultura de mudança do modelo de atenção. Esse encontro de Buenos Aires ele tinha como consígnia a sociedade sem manicômios. Um ano depois essa consígnia foi adotada por nós aqui no Brasil como movimento da luta antimanicomial, por uma sociedade sem manicômios e daí por um movimento da luta antimanicomial. Então havia, portanto, uma certa articulação que se dava num plano de uma luta anti-institucional e uma luta por mudança de modelo da atenção em saúde mental que reunia elementos muito diversificados. Pontos de vista muito diversificados. Por exemplo, a psicoterapia institucional que ainda existia na Argentina, muitas pessoas ligadas à psicanálise, muitas pessoas ligadas a movimentos de afirmação de minorias como, por exemplo, o movimento indígena, na região do Mapuche...

**Aisllan Assis**– os oprimidos como eram chamados nessa época

**Pedro Gabriel Delgado**– Exatamente, na época eles falavam os oprimidos. A delegação brasileira que nós levamos a Buenos Aires para esse encontro incluía representações de prostitutas, de ciganos e de negros que já participavam de formas de articulações do movimento negro. Estamos falando de anos 80. Depois disso, fizemos uma reunião muito grande em Belo Horizonte, que foi também um grande encontro da Rede Alternativa de Psiquiatria... eu estou divagando um pouco pra dizer o que existia e o que de fato não existia. Existia uma articulação de movimentos libertários, movimentos pela esquerda e movimentos que se vinculavam à Psiquiatria Democrática Italiana por um lado, se vinculava ao Robert Castel, se vinculava ao Guattari, com a experiência de La Borde, e veja que são duas matrizes totalmente diferentes. O próprio Basaglia não tinha muita simpatia pela experiência de *La borde*, porque achava que era uma experiência que reproduzia a instituição asilar e isso era um debate da época. Esse debate se deu aqui no Brasil também quando o Basaglia veio aqui, num tempo anterior. Então existia uma articulação mais ou menos difusa entre movimentos ligados a chamada alternativas da psiquiatria e, aqui no Brasil, os movimentos também que já eram organizados em torno da reforma das instituições do tipo asilo, do tipo instituições psiquiátricas asilares: Colônia Juliano Moreira, Juqueri eram as principais e São Pedro, de Porto Alegre. Mas os principais, Juqueri que tinha lá jovens trabalhadores de saúde mental fazendo um trabalho de humanização de tentativa de mudança destas instituições e uma articulação internacional que se dava pela Rede Alternativa de Psiquiatria. Isso é o que havia. O que de fato não havia: uma aproximação, aquilo que você me perguntou naquele encontro de Brasília da Abrasme, entre as militâncias e os grupos que buscavam uma mudança das políticas no interior de cada país. Então a gente conhecia os

chilenos, os chilenos nos conheciam, mas os chilenos começaram primeiro uma proposta de mudança da rede de saúde lá com base na atenção primária e o Brasil aqui começou só nos anos 90. Começou nos anos 90, começou na forma da criação de serviços do tipo CAPs/NAPs com a presença também importante do Domingos Sávio como coordenador lá no Ministério a partir de 2001, que foi importante, algumas mudanças que foram colocadas lá e eu acho importante também dizer como marco, estou circundando em torno dos anos 90, e do próprio ano de 90, o que se passou em 92 que foi a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. A 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental teve convidados estrangeiros argentinos e chilenos. Mas não eram convidados, por exemplo, o argentino não era uma pessoa ligada a universidade nem a política de saúde mental da Argentina. Mas foi fundamental aqui no Brasil a 2ª Conferência porque ela consolidou um consenso de substituição do modelo asilar. Consolidou de uma maneira consistente e consolidou no leito do SUS, no leito do Sistema Único de Saúde. A partir dalí, de 92 em diante, nós trabalhamos no Brasil nos avanços possíveis embora não houvesse uma posição do SUS, do Ministério da Saúde que permitisse avanços que não fossem muito organizados como por exemplo, a experiência de Santos era importante, a construção de serviços do tipo NAPs/CAPs em alguns Municípios, mas eram dispersos, frágeis e não eram substitutivos porque eles funcionavam por exemplo no horário da manhã ou no horário da tarde, funcionavam com horários limitados. Não tinham financiamento assegurado pelo SUS, não tinham financiamento, o financiamento era irrisório. Então os anos 90 foram um pouco isso, foram o avanço da proposta da Lei Paulo Delgado e a criação de uma primeira rede muito frágil de serviços.

**Aisllan Assis**– Nos quinze anos, em 2005, já está um cenário bem diferente, não é?

**Pedro Gabriel Delgado**– Isso! Em 2005 o cenário era completamente diferente. Então, relação da América Latina: nos anos 90 o Brasil se aproximou, participou e depois nos anos 2000 também, ainda dessa articulação que era pelo campo da esquerda, do campo dos movimentos progressistas, com países latino-americanos. Mas uma articulação relativa a mudanças no plano das políticas, não. Mas a participação do movimento na política nos anos 90, embora tivéssemos lá como representante uma pessoa que foi muito competente, não ficou os anos 90 inteiros, ficou uma parte dos anos 90, que foi o Domingos Sávio, era realmente muito frágil. E a nossa relação com os países da América Latina distante e feita através dessa Rede e essa Rede foi posteriormente desaparecendo como articulações desse tipo costumam ser substituídas por outras e tal. Aqui na América Latina tem uma organização internacional que se chama Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial que tem representantes de

países da América Latina, eu sou participante dessa Associação, mas ela não é uma Associação que tenha uma força de convocatória pra poder fazer essa articulação sulamericana e latino-americana. Não tem. Objetivamente não tem uma história densa. Fez aqui na Bahia, coordenado pela Ana Pita, um encontro que se chamou Seminário Internacional. Não se chamou nem latino–americano nem sulamericano. Foi um bom encontro, trouxe pessoas da região, mas resumindo, era um espaço pontual e não tinha como uma política de aproximação com a América do Sul embora houvesse permanentemente um discurso no nosso campo da saúde mental que era um discurso de aproximação da América do Sul e de aproximação da América Latina de uma forma geral. Não se falava muito América do Sul não, falava-se América Latina. Havia a presença do México, de Cuba, mas Cuba tinha uma psiquiatria muito conservadora. Embora Cuba fosse avançada no ponto de vista da atenção primária não era avançada na saúde no ponto de vista da saúde mental, mas também Cuba sediou um encontro importante que foi um encontro de Psicanálise e Marxismo que acabou levando pessoas de toda a América Latina que foi um encontro importante. Aí, aqui no Brasil, quando você fala dos quinze anos de Caracas. Quinze anos de Caracas foi em 2005 e as coisas mudaram completamente com dois fatos relevantes: um no plano da saúde mental mesmo da política de saúde mental e o outro no plano da política geral. No plano da saúde mental a aprovação da Lei em 2001, logo depois da 3ª Conferência, que foi uma Conferência Extraordinária, que foi uma conferência que consolidou... foi nessa Conferência que se propôs a ideia de uma rede com CAPs, com atenção primária, com residência terapêutica, tudo que vinha sendo proposto foi ...

**Aisllan Assis**– conjunto

**Pedro Gabriel** Delgado– É. E é uma Conferência extremamente importante e em seguida vem a aprovação da Lei, não é, em 2001. Não, acho que eu estou confundindo as datas. A Lei é 2001 em maio, e a conferência é 2001, dezembro. Quando vem a Conferência já tinha a Lei.

**Aisllan Assis**– Estava na festa... Por isso que foi bom

**Pedro Gabriel Delgado**– A gente já tinha uma Lei e por isso é que ela foi tão forte. E aí, a partir de 2002 o Estado brasileiro e o Ministério da Saúde digamos assim, já começou a executar aquilo que é preconizado na lei e que era também recomendação de uma Conferência muito representativa. Com a eleição do Lula no ano de 2002 e a posse do Lula no início de 2003, isso se tornou uma política oficial. Já era a política, mas se tornou uma política oficial.

**Aisllan Assis–** do PT.

**Pedro Gabriel Delgado**– do governo. Uma política mais assim prioritária e uma política que foi, portanto, muito consequente com resultados muito importantes. Em 2005, portanto, o Brasil foi escolhido pra fazer... é, você tem os princípios de Brasília, não é, o documento

**Aisllan Assis**– sim, Carta de Brasília.

**Pedro Gabriel Delgado**– Carta de Brasília é. O Brasil foi escolhido pra fazer os quinze anos de Caracas por razões absolutamente obvias, então foi muito natural...

**Aisllan Assis**– Talvez tenha sido o único que cumpriu a Declaração de Caracas

**Pedro Gabriel Delgado**– exatamente, cumpriu, foi como exemplo e foi uma escolha absolutamente unânime tanto da OPAS como da OMS como dos Ministérios da Saúde. Foi um evento extraordinário e eu espero que tenha documentação suficiente desse evento. E, nos princípios de Brasília você vê uma coisa que foi resultado de uma discussão interna, não foi uma coisa que se estabeleceu facilmente, mas foi uma menção no documento de que na América latina dois países estavam cumprindo, estavam indo na direção dos Princípios de Caracas porque era o encontro quinze anos de Caracas que eram o Chile e o Brasil. A citação do Chile e do Brasil. Quero dizer pra você como uma coisa interna do evento mas reservado como um evento também público que a delegação do México queria que fosse incluído também o México por causa de experiência localizada em uma província mexicana. Um Estado, né, lá se chama Estado. Isso não foi aprovado porque ali se fazia referência a experiências nacionais e, de fato, os dois países que apresentavam experiências nacionais na direção das desinstitucionalização da rede comunitária nos princípios de Caracas eram o Brasil e o Chile. Então a aproximação com o Chile foi uma aproximação que já vinha se dando e o Brasil reconhece... o Brasil da reforma psiquiátrica... reconhece o Chile como um país extremamente importante na questão da atenção básica, também com a questão da participação de familiares nos processos de cuidado de saúde mental. São dois avanços importantes e o Chile, apesar se todas as dificuldades que enfrenta como um país que está passando por todo um processo de privatização, ajuste fiscal, etc, está com um governo de direita, um governo conservador ele mantém uma saúde mental baseada no território, na comunidade e tal. O Chile tem 16 milhões de habitantes, talvez 18 por aí e tem cerca de 700 leitos psiquiátricos, sendo 300 em Santiago.

**Aisllan Assis**– é o menor da América Latina a quantidade de leitos proporcional

**Pedro Gabriel Delgado**– Agora tem um número importante que eu não sei precisar, mas um número importante de leitos no Hospital Geral e tem uma tradição já estabelecida de psiquiatria no Hospital Geral. O ensino de psiquiatria no Chile é feito na comunidade e nos Hospitais Gerais. Não existe ensino de psiquiatria em hospitais e serviços típicos psiquiátricos. Então o Chile tem coisas que são importantes no ponto de vista de avanços aqui na região. Aí a proximidade do Brasil foi mais mesmo com o Chile nesse aspecto da gestão. Eu fui coordenador até 2010, até janeiro de 2011, janeiro já saindo pra fazer a transição. E de fato a nossa... nós não desenvolvemos no período da minha gestão, iniciativas muito consistentes de cooperação e de aproximação com os países da América Latina. Embora tivessem ocorrido programas pontuais de cooperação. Houve um programa de cooperação com o Paraguai que foi um bom programa de cooperação, que durou vários meses nos quais o Brasil, Ministério da Saúde ajudou na implantação de dois serviços comunitários e tentou ajudar na modificação do Hospital Psiquiátrico de Assuncion que é um dos piores hospitais psiquiátricos, isso aí é uma unanimidade em termos de descrição, a Comissão de Direitos Humanos da OEA na Costa Rica já denunciou este hospital, eu visitei esse hospital duas vezes, a gente tentou ajudar esse hospital mas houve dificuldades. E também houve mudanças políticas lá. Mudanças políticas antidemocráticas com a queda do governo eleito que interrompeu a conversa. Era uma cooperação que na verdade a OPAs patrocinava e o governo paraguaio não contribuía financeiramente, não se exigia isso dada a dificuldade financeira. Era a OPAs e o Ministério da Saúde. A gente tinha equipes lá, pequenas equipes que a gente deixava lá. Foi uma experiência importante. Em relação a países andinos a gente chegou a fazer o que eles chamavam de termos de cooperação com o Equador mas pequeno pra um evento lá e um evento aqui de pequena monta.

**Aisllan Assis**– E como se davam esses interesses? Eles que procuravam?

**Pedro Gabriel Delgado**– sim, esse do Equador...

**Aisllan Assis**– diante da experiência brasileira que o senhor estava coordenando isso era uma...

**Pedro Gabriel Delgado**– o do Paraguai foi uma solicitação até insistente. O Brasil tinha decidido apoiar a saúde pública no Paraguai, entendeu. O SUS, o SUS brasileiro apoiar.

**Aisllan Assis**– a ideia da Saúde da Família cresceu lá também

**Pedro Gabriel Delgado**– A Saúde da Família... se levou a proposta da Saúde da família prá lá. Pessoas da Saúde da Família foram pra lá também. Então não foi só a saúde

mental. No caso do Equador foi a saúde mental, mas foi um evento muito pontual. E que outros países...?

**Aisllan Assis**– Argentina teve diálogo?

**Pedro Gabriel Delgado**– A Argentina... então, só completando essa parte, é verdade sim que não há uma grande aproximação do ponto de vista prático de políticas de saúde mental entre o Brasil e os países da América Latina. Isso é uma lacuna, é uma coisa que deixou de ser feita. Houve iniciativas, essa do Paraguai acho que foi uma cooperação concreta. Com o Chile havia uma interlocução permanente assim de pessoas daqui irem ao Chile, de se fazer encontros até inclusive por vídeo conferência. Com o Chile houve uma proximidade maior porque a gente tinha que aprender com o Chile e o Chile tinha que aprender com o Brasil porque o Chile queria também aprender um pouco da nossa experiência de conseguir implantar serviços e torná-los sustentáveis. Tinha interesse do Chile em ver também porque a viabilidade financeira dos nossos serviços, o custo/afetividade era muito elevado com serviços de baixo custo – os CAPs. Era uma coisa que interessava também e vieram chilenos. Houve um diálogo. Com os outros países, a Argentina... a Argentina é um país extremamente importante, o Brasil tem muita proximidade com a Argentina de uma forma geral, né?!

**Aisllan Assis**– Hermanos

**Pedro Gabriel Delgado**– Hermanos. Essa tal rivalidade com a Argentina é um folclore muito mais no lado do futebol, etc, não é isso? Eu próprio tenho vários amigos no campo da saúde mental na Argentina, tenho vários psiquiatras amigos. Há uma relação de proximidade que é cultural, que é amistosa, tudo isso. Entretanto nós não recebíamos demandas da Argentina, do governo argentino. Não tivemos uma proximidade especial com o governo argentino no campo da saúde mental. Quando a Argentina aprovou a Lei o Brasil apoiou com documentos e, mais que com documentos, também com a participação. Eu fui a Argentina quando estava no governo umas duas vezes. Uma delas exclusivamente para a questão de álcool e drogas, foi em 2006. Mas não houve avanço. A Argentina é um dos países da América Latina que não têm uma política de saúde mental que se possa dizer que é uma política nacional em que seja em substituição do modelo hospitalar. A Argentina proporcionalmente tem muito mais leitos do que o Brasil. A Argentina é um país muito menor que o Brasil e tem a mesma quantidade... Tem mais leitos, nesse momento, psiquiátricos que o Brasil, vinte e tantos mil leitos. Deve ter uns 22000 mil leitos, uma coisa assim. Eu não estou com dados muito atualizados, mas é por aí. Até hoje tem hospitais com 800 camas,

hospitais com 1200 camas. Tem um modelo manicomial que convive com experiências muito boas comunitárias, mas convivem. Talvez também pelo fato de que lá não tem um Sistema Único de Saúde. O processo lá é um processo misto, eles não têm um SUS, eles não têm um sistema estatal de saúde. Eles têm uma parte estatal que deve corresponder a mais que um terço, quase metade do serviço de uma forma geral, mas o serviço é muito mais daquelas Fundações Sociais

**Aisllan Assis**– Obras sociais

**Pedro Gabriel Delgado**– Obras sociais. Das obras sociais que tem serviço filantrópico e tudo mais, mas não é fácil não. Eu estou lembrando aqui que fizemos um evento mais ou menos compartilhado com... há muita autonomia das Províncias... Fizemos um evento mais ou menos compartilhado com a Província de Santa Fé, mas não foi em Santa Fé, foi em Rosário, uma cidade muito interessante. Foi um trabalho de uma aproximação. Um evento para Rosário em que eles convidaram a que o Brasil participasse, que apresentasse e tal. Então foram assim coisas pontuais, mas não houve uma aproximação. A quê que eu atribuo isso; eu acho que, aí é uma resposta totalmente da minha impressão pessoal, o que se passou na nossa administração da política de saúde mental no Brasil. Mesmo depois dos quinze anos de Caracas em Brasília, a gente não conseguiu construir uma agenda de cooperação com os países. Como a gente tinha muita situação emergencial a resolver no Brasil, abrir uma frente de cooperação dependeria de uma construção de agenda talvez mais efetiva mais direta e isso não foi possível de ser feito. Aí não se pode atribuir isso a nenhuma instituição, mas certamente não houve da parte da OPAs, depois dos quinze anos de Caracas, também a capacidade de intervenção, entendeu, para motivar e criar esses eventos. O país líder na saúde mental pública era o Brasil seguido do Chile. O Brasil e o Chile é que poderiam ter feito essa liderança, porém não havia também, eu estou falando no plano de políticas públicas estatais, não havia também uma cooperação efetiva no plano de políticas sanitárias entre os países que eram muito diversos, muito diferentes. Pensa bem, não havia uma política de cooperação também do SUS com a Argentina, com o Equador, com os países andinos

**Aisllan Assis**– tudo muito pra dentro, né

**Pedro Gabriel Delgado**– depois, não foi muito depois, se constituiu uma articulação que é aquela...

**Aisllan Assis**– UNASUL?

**Pedro Gabriel Delgado**– a UNASUL e a UNASUL tinha uma secretaria de saúde, né

**Aisllan Assis**– a UNASUL Saúde

**Pedro Gabriel Delgado**– a UNASUL Saúde. No período em que eu estive lá, claro, cheguei a ir em uma reunião da UNASUL mas não chegou a ter assim, talvez, tempo hábil para isso começar a dar esses fluxos e essas consequências. As razões políticas que eu vejo é que o continente latino-americano é muito diverso do ponto de vista político. Ele não é uma Europa, essa é que é a verdade, não tem a mesma proximidade geográfica. Você vê que a construção de uma unidade sulamericana, o próprio Mercosul.. agora o Mercosul está absolutamente condenado, né?! Nunca foi consenso no Brasil fazer uma política de proximidade. Houve uma iniciativa do Presidente Lula e da Dilma mas que sempre foi muito mal recebida no Brasil, como uma coisa de fazer política de proximidade com os outros países do continente e do sub-continente aqui na América do Sul. Então isso reflete na política de saúde mental, estou falando na política estatal, porque a política estatal não tem essa autonomia. A política setorial não tem essa autonomia de sair...

**Aisllan Assis**– Está ligada à macro política.

**Pedro Gabriel Delgado**– Está ligada à macro política. Aí, o quê que poderia ocorrer, os gaúchos têm uma proximidade com a Argentina e o Uruguai, uma grande proximidade com a Argentina e o Uruguai, não é com o Chile por exemplo, não é com o Paraguai, é com a Argentina e o Uruguai. Eles organizaram eventos e nós ajudamos, apoiamos alguns eventos. E havia alguns esforços de cooperação, mas muito pontuais também, entendeu?! Muito pontuais. Então acho que é... no plano de política governamental. Agora o que a gente está pensando em fazer, como uma hipótese de trabalho – eu fui recentemente eu fui a Lima, fui agora esse ano, dando um salto agora, esse ano eu fui a convite da OPAs para uma discussão sobre desinstitualização...

**Aisllan Assis**– no Peru

**Pedro Gabriel Delgado**– É, Lima no Peru, com outros países da região. Lá se gerou um documento que ainda não está pronto, mas não houve, não houve... discutimos, falamos, até de Caracas e tal, mas não houve consenso. Ficou a léguas de um consenso com os atores políticos atuais em todos esses países, de propor uma coisa de revisão de Caracas, um outro documento pra rever Caracas e tal, embora fosse um encontro da América Latina e Caribe sobre (desistos???) (36:14) muito pequeno, dois dias e tal. Caracas também foram dois dias, entendeu. Então não gerou esses documentos, entende, não gerou, o que mostra também que essa dificuldade continua existindo

**Aisllan Assis**– E um pouco antes, professor, em 2015, o quê que você...como você analisa isso

**Pedro Gabriel Delgado**– Antes de 2015 teve um encontro no Panamá que foram, 2015 ... foram 20 anos, né?

**Aisllan Assis**– Vinte e cinco

**Pedro Gabriel Delgado**– Vinte e cinco. Teve um encontro no Panamá. Vinte anos lá

**Aisllan Assis**– Vinte anos, é!

**Pedro Gabriel Delgado**– Vinte anos de Caracas, você tem que buscar esse encontro do Panamá. Vinte anos de Caracas. Mas ele não foi um encontro para celebrar 20 anos de Caracas. Foi um encontro que se deu no momento de 20 anos de Caracas, mas foi um encontro de países latino-americanos para se discutir a política de saúde mental. Eu estive presente desde o início até o final. Teve uma participação grande dos países, gerou um documento final que eu acho que você poderia buscar, foram feitas sucessivas menções a Caracas, mas algo se passou que na verdade não havia naquele momento uma articulação que permitisse por exemplo, fazer um balanço da situação de todos os países. A agenda ficou uma agenda... Benedetto Saraceno participou... a agenda ficou uma agenda grande para um encontro pequeno. Você vê que a coisa da articulação política é tudo, né!?

**Aisllan Assis**– É tudo

**Pedro Gabriel Delgado**– Não adianta você reunir as pessoas.

**Aisllan Assis**– Se não tiver uma liga, né!?

**Pedro Gabriel Delgado**– Se não tiver uma liga, se não tiver um planejamento, se não tiver uma construção de consenso anterior.

**Aisllan Assis**– E a liderança.

**Pedro Gabriel Delgado**– E a liderança.

**Aisllan Assis**– Que é fundamental.

**Pedro Gabriel Delgado**– E aí também nesse encontro do Panamá foram muitos brasileiros. Brasileiros chamados por conta da sua articulação com a política pública, mas também pessoas de coordenações estaduais e tal. Muitos que eu digo assim: talvez uma delegação de no máximo dez pessoas. Mas a agenda do encontro foi uma agenda um pouco... que se deteve muito na questão da América Central porque era no Panamá, discutiu um pouco

a política do Panamá, entendeu, Costa Rica, Panamá. Mas foi uma oportunidade também onde se poderia ter construído mais uma retomada de Caracas e eu não posso culpar ninguém porque eu estava presente e poderia também ter contribuído mais pra isso mas num... tinha uma agenda grande. Esses encontros, quando eles não têm uma direção política clara, eles montam uma agenda grande de temas: desastres, suicídios ...

**Aisllan Assis**– Desastres, suicídio está na moda porque isso liga as pessoas. Está ligando eu acho.

**Pedro Gabriel Delgado**– Aí, esses temas capturam o debate, ficam poucos espaços plenários. Como o Brasil não estava... O Brasil inclusive foi mencionado como reconhecendo todos os avanços, recebeu publicamente no documento um reconhecimento, entendeu. O Chile estava lá, Argentina estava lá. Agora, a Argentina estava levando uma pauta muito ligada também a questão da política de álcool e drogas. Então chegou muito com essa pauta. Então esse encontro você pode buscar. Eu diria que foi um bom encontro, mas ele não teve na verdade esse projeto de unidade latino-americana. Não teve essa intenção e não chegou nem perto disso, entendeu?

**Aisllan Assis**– Mas você acha que em 2005 teve?

**Pedro Gabriel Delgado**– 2005 teve totalmente. 2005 foi voltado pra isso. Aqueles princípios de Brasília... foram chamadas as pessoas de todos os países a se comprometerem a fazerem a desinstitucionalização...

**Aisllan Assis**– talvez como tenha sido Caracas mesmo

**Pedro Gabriel Delgado**– Foi, foi. O Uruguai, Argentina, Paraguai, entendeu, até México. O de Brasília teve! Teve isso em grau máximo possível porque...

**Aisllan Assis**– Talvez muito mais que 90 né? Pensando que...

**Pedro Gabriel Delgado**– Teve mais gente que 90, mais...

**Aisllan Assis**– só tirando pelo relatório de Brasília...

**Pedro Gabriel Delgado**– Teve mais participação do que em 90. Teve uma participação importante dos italianos. Não de Trieste, outros italianos que são da reforma italiana. Houve questões políticas posteriores na OPAs. Houve um certo.... houve uma contra-marcha eu diria. A OPAs recebeu, digamos, o evento de Brasília pra dar segmento, né isso?

**Aisllan Assis**– Mas parou alí.

**Pedro Gabriel Delgado**– Teve a saída do coordenador que era o Caldas de Almeida, que saiu por motivos pessoais porque ele ia voltar para Portugal. Ficou um vazio. Não sei se isto foi tão decisivo assim porque em 2005 era o Caldas de Almeida o Coordenador de saúde mental da OPAs um português, né. Em seguida ele saiu por razões pessoais, ele estava voltando para Portugal. Ficou um vazio lá na coordenação da OPAs e se perdeu esta oportunidade. Eu acho que 2005 teve esse caráter, mas acabou não tendo a consequência que se desejava. Agora a gente está num contexto latino-americano muito desfavorável. Tem que primeiro...

**Aisllan Assis**– Agora é que não tem mesmo...

**Pedro Gabriel Delgado**– É! Agora tem que vencer a questão política, os impasses políticos. São governos, tirando o Uruguai, são governos neoliberais, são governos que... e o México que agora finalmente ganhou

**Aisllan Assis**– Ponta daqui ponta de lá...

**Pedro Gabriel Delgado**– É. Ganhou um candidato progressista. Então os outros países são países neoliberais que estão fazendo ajuste fiscal e que vão esvaziar a política pública de saúde de uma forma geral e aí a questão da saúde mental. Além de ter também, do ponto de vista da saúde mental, outras questões assim em jogo como, por exemplo, uma visão conservadora a respeito da própria psiquiatria e da política de drogas, né, que isso vai ter uma influência muito grande. Mas então é isso, a América Latina é isso, é uma coisa que... No ano que vem a gente está pensando em fazer uma...

**Aisllan Assis**– Professor, o senhor me perdoe, só 2015 as suas impressões, porque você esteve em Santiago nos 25 anos. Só as suas impressões desse evento lá

**Pedro Gabriel Delgado**– Santiago. O encontro de Santiago foi um encontro muito bom! Eu achei que foi um encontro... e foi bom que tenha sido no Chile, e não foi por acaso que foi no Chile. O Chile era um dos dois países, Brasil e Chile. Foi um encontro que recuperou Caracas mesmo, em que se debateu a questão de Caracas. Foi um encontro meio assim de balanço da situação. Acho que foi um bom encontro. Mas não houve também essa.... tirou um documento, não me lembro nem do documento na verdade, do documento de lá. Mas foram discutidos os princípios do documento inclusive no sentido de reafirmar Caracas, aprofundar Caracas, aprofundar a Declaração de Caracas. Tinha outras pessoas brasileiras, né. Eu fui assim um convidado que eles chamaram de convidado da organização. Mas os países foram convidados é que eu fui convidado eu próprio.

**Aisllan Assis**– O único inclusive

**Pedro Gabriel Delgado**– É! Por causa dos 15 anos, da história, tudo isso. Mas o Governo brasileiro estava lá com as pessoas...

**Aisllan Assis**– Ah, teve Governo brasileiro?

**Pedro Gabriel Delgado**– Teve. Os países estavam representados

**Aisllan Assis**– Ah, os países! Entendi.

**Pedro Gabriel Delgado**– Foi um evento assim talvez de umas cem pessoas acho. Não foi pequeno não. O Saraceno, estava lá, estava mas não participou. Estava o Levav. O Levav foi homenageado. Teve essa parte também de homenagem e teve essas questões relacionadas já com...

**Aisllan Assis**– Com o que vinha por aí, né?

**Pedro Gabriel Delgado**– Com o que vinha por aí.

**Aisllan Assis**– A impressão... O próprio documento cita isso. Não era um momento favorável.

**Pedro Gabriel Delgado**– Eu nem me lembro do documento agora. Mas que o momento já apontava para as dificuldades que estavam vindo já apontava, entendeu?

**Aisllan Assis**– Entendi.

**Pedro Gabriel Delgado**– Então nesse sentido também como potencializador de uma retomada do encontro.. Os argentinos levaram a questão da Lei, né, pedindo apoio pra questão da Lei,etc. E foi apoiado. Foram feitas monções de apoio a Lei na Argentina. Na Argentina ainda era o governo Kirchner, da Cristina Kirchner. Foi apoiado e tal, mas eu ainda acho que já ficava ressaltado ali a parte de comemoração da importância do Encontro de Caracas como uma efeméride, ficou claramente estabelecido ali, mas o planejamento pra frente, o planejamento estratégico pra frente, esbarrou numa análise das dificuldades que estavam realmente já se apresentando em diversos países. Hoje eu diria que tem, vendo atualmente, que eu acho que a gente tem aqui na América do Sul um país que também está fazendo avanços há dois ou três anos que é o Peru. O Peru estava presente lá em Santiago. Apresentou lá sua proposta, sua proposta ainda era um plano, e agora esse plano está sendo realizado. O fato de essa reunião ter sido em Lima atende um pouco e a isso fortaleceu ... Essa reunião, essa que eu fui esse ano... O Peru está fazendo desinstitucionalização. O Peru é um país que é

andino e amazônico, então não é um país urbano como os outros países. Ele tem ...Lima é uma cidade de quase 10 milhões de habitantes, é uma cidade enorme. Lima e região metropolitana. Mas de uma maneira geral o Peru é um país que tem uma geografia com cidades menores e tal. Mas tem muitos hospitais psiquiátricos. Tem leitos psiquiátricos e está construindo agora a desinstitucionalização. É muito vulnerável

**Pedro Gabriel Delgado**– É uma coisa muito impressionante como é importante o hospital psiquiátrico de Lima no discurso de todas as pessoas lá mesmo as da reforma. Como era aqui no Brasil. Aqui no Brasil você não falava de saúde mental sem se referir ao hospital psiquiátrico igual ao Chile era o Hospital Psiquiátrico Nacional, entendeu? E no Brasil, qualquer capital que você fosse...

**Aisllan Assis**– tinha uma referência

**Pedro Gabriel Delgado**– A referência era o hospital psiquiátrico. O Brasil superou isto completamente.

**Aisllan Assis**– hoje a maioria dos discursos está vinculada a CAPs

**Pedro Gabriel Delgado**– é, a CAPs e tal, universidades e lá, ainda agora, esse ano o Hospital Lar que eles chamam. Tinha pessoas do Lar, tinha uma coisa do Hospital Lar, mas eles estão fazendo a desinstitucionalização. Eu diria que hoje o Peru é o país a ser apoiado

**Aisllan Assis**– entendi.

**Pedro Gabriel Delgado**– Entendeu? O país a ser apoiado na América Latina. E se houver uma mudança política favorável acho que Brasil, Chile, Peru, Uruguai e a Argentina se descobrir na verdade finalmente uma estratégia para mudar o seu parque manicomial, poderiam ser os países a alavancar aqui na América do Sul a Reforma Psiquiátrica. Da Colômbia se vê muito pouco. Os representantes da Colômbia... O discurso era um discurso sem Reforma e é um país importantíssimo, enorme, importantíssimo...

**Aisllan Assis**– Aliás, eles são às vezes ao contrário, né.

**Pedro Gabriel Delgado**– Venezuela não estava lá. Por causa da crise não estava presente. A Argentina estava presente, mas da mesma forma com uma coisa meio geral e sem uma coisa de criação de serviço, criação de serviço comunitário. Não estava claro mas, enfim...

**Aisllan Assis**– E o México, estava lá?

**Pedro Gabriel Delgado**– O México... Nessa reunião o México não estava presente. Ela não tinha a pretensão de ser uma reunião de âmbito universal assim dos países da região. Era uma reunião sobre desinstitucionalização com países convidados. O México não estava. E da América do Sul estava o Chile, fortemente representado, o Chile, o Peru, a Argentina com uma pessoa e países da América Central tinha até países do Caribe Inglês que não são países manicomiáveis. São países que não tem...

**Aisllan Assis**– um grande parque... um pequeno hospital...

**Pedro Gabriel Delgado**– Um pequeno hospital e aí esse hospital tem uma coisa de hospital geral...

**Aisllan Assis**– são as clínicas psiquiátricas de hospital geral

**Pedro Gabriel Delgado**– clinicas de hospital geral. Mas o principal na verdade era um apoio à experiência, hoje, 2018, a experiência do Peru é a experiência a ser apoiada. Tá bom?

**Aisllan Assis**– Tá bom, tá ótimo!

**Pedro Gabriel Delgado**– se quiser completar alguma coisa depois você me manda um e-mail, pra você tirar dúvidas e tal.

**Aisllan Assis**– aproveitar aqui e agradecer mais uma vez, professor. Muito obrigado, um prazer imenso.