

**“DE VOLTA PARA CASA”: UMA ANÁLISE DOS DISCURSOS E PRÁTICAS
QUE PERMEARAM E PERMEIAM A CONSTRUÇÃO DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE, DE 2001 AOS DIAS
ATUAIS.**

Mirella Cândido Burity de Oliveira.

Orientador: Alarcon Agra do Ó

Programa de Pós-Graduação em História- UFCG

mirellaburity@gmail.com

Em 30 de Junho de 2005, 176 internos do Hospital João Ribeiro foram retirados do Hospital devido ao seu descredenciamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A maior parte, 69 internos, foi encaminhada para o Serviço de Referência e Saúde Mental de Campina Grande, 16 foram, por sua vez, levados para Residências Terapêuticas existentes na cidade desde maio do mesmo ano. Os outros foram levados para suas “casas”.¹

A oficialização do descredenciamento do Hospital João Ribeiro pelo SUS, ocorreu em junho de 2005 após o período de Intervenção pela qual o hospital passou desde o final de 2004. O descredenciamento já havia sido publicado em Diário Oficial em Julho de 2003, depois das reavaliações feitas pelo PNASH 2002 em que o Hospital João Ribeiro não atingiu, junto com mais oito hospitais psiquiátricos brasileiros, o índice mínimo de 61% nos quesitos avaliados (limpeza, estrutura física, vestimentas, tratamento médico, alimentação, projeto terapêutico)². O João Ribeiro, com 145 leitos, obteve 46,36 na pontuação do PNASH e por isso mesmo já deveria dar início a uma substituição de tratamento de seus pacientes e cancelar as internações pelo SUS no mesmo.³ O que, como já dissemos, só veio ocorrer quase dois anos depois.

Essa mudança no tratamento aos pacientes com transtornos mentais em Campina Grande, e a tentativa de dar início a uma nova maneira de ver e tratar o “louco” na cidade é o objeto de nossa pesquisa. De que maneira se deu e se dá o tratamento direcionado aos portadores de transtornos mentais, já que ainda vivenciamos o contexto de tentativa de consolidação das mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica, que ganhou espaço no Brasil na década de 80 com o surgimento do discurso de desinstitucionalização elaborado pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que resultaria mais tarde numa crítica ao próprio discurso científico acerca da loucura (Amarante, 1994) e com a Lei Paulo Delgado⁴, e que chegou a Campina com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial, com suas propostas de tratamento dos portadores de transtornos mentais com serviços não-asilares, oficinas terapêuticas e participação da família em busca de uma reinserção desses indivíduos na sociedade e principalmente defendendo o discurso de um tratamento mais humanizado e que respeitasse os direitos dos indivíduos atendidos.

Caminhos foram elaborados, reelaborados, seguidos, desviados, construídos e reconstruídos, cada um de acordo com o momento ao qual pertenceram, as discussões teóricas sobre a loucura e o tratamento da mesma, possibilitaram a construção de novas práticas de ver e tratar o louco, e ao mesmo tempo, de sentir a loucura, seja para os pacientes, que passaram a lidar com novas maneiras de tratamento, seja pelos profissionais que lidavam e lidam com a doença mental, e até mesmo para os familiares ou indivíduos que de alguma forma lidam com algum portador de transtorno mental.

Assim a criação dos CAPS, NAPS e Residências Terapêuticas na cidade foram motivadas pelas leis e portarias do Ministério da Saúde do que possibilitam a formação e novos sistemas de tratamento da loucura pelos gestores locais, visando à construção de uma “rede de saúde mental” no país:

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.),

culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial.⁵

Baseada no conceito de “reabilitação psicossocial” esses novos espaços da loucura intentam abranger outros segmentos da sociedade envolvendo-os no processo de tratamento, buscando romper com o conceito de “exclusão” presente no discurso manicomial do modelo de tratamento médico-privado e asilar existente na cidade até então. Ao mesmo tempo, sabemos que tais discursos são, por sua vez, permeados de interesses, que o discurso proferido pelo movimento que sugere a ruptura com o modelo asilar nasceu essencialmente como negação e recusa, e não como propostas já conclusas e experimentadas. Desta feita, percebemos que esse discurso se delineou e está se delineando com a prática de tratamento cotidiana e por isso permeada de conflitos, de interesses e principalmente de questionamentos, e estudar essas práticas e discursos requer algumas reflexões, como destaca FREITAS (2004, p. 76.):

A questão número um: como compreender, pensar, teorizar o 'distúrbio psíquico' no contexto de nossa reforma psiquiátrica, quando a noção de 'doença mental' parece não ser mais que mais um dos significantes mestres da 'exclusão'? A questão número dois: como investigar a história da psiquiatria no Brasil, a fim de nela buscar as experiências inovadoras, quando havemos aprendido a olhá-la como um processo de inexorável confinamento da loucura às categorias positivistas da Medicina mental — a psiquiatria? E finalmente: como agir, como intervir nos novos serviços que estão sendo criados no país segundo os princípios da reforma psiquiátrica propostos, quando, ao mesmo tempo, tem-se uma postura antipsiquiátrica considerada como a única politicamente correta?.⁶

Estudar o que Foucault nos dá a ver e a pensar em suas obras se faz mister para se entender o processo de exclusão do *louco*⁷ no momento do grande internamento, enquanto *anormal* e potencialmente perigoso para a sociedade, por isso devendo ser afastado, em fins

do século XVIII, e sendo eleito assim um objeto de domínio científico da legitimada medicina social⁸. O louco precisa ser reabilitado pra ser então devolvido a sociedade da qual foi excluído, sob os preceitos da higiene, disciplinarização moralizante e controle social, todos respaldados pelo discurso científico, práticas na sua maioria baseadas em preceitos morais da modernidade e que por sua vez guiavam a nomeação da loucura e conseqüentemente classificava os indivíduos e excluía os que não estivessem de acordo com o projeto moral da sociedade. Sendo assim, as idéias de Foucault nos permitem pensar a construção dos espaços destinados à loucura e aos loucos na sociedade ocidental, a posterior constituição da Psiquiatria, enquanto ciência autônoma e legitimada e a construção do discurso da loucura como patologia a ser tratada e curada por uma ciência específica, com tratamento específico, num espaço específico.

A partir dos estudos realizados por Foucault, alguns autores teceram análises sobre a História da Psiquiatria no Brasil, os discursos sobre a loucura e a eleição da mesma como objeto do discurso científico, retirando das instituições religiosas a responsabilidade de cuidar dos loucos, responsabilidade esta que foi tomada pela medicina, mais exclusivamente pela Psiquiatria, em formação. Acerca da constituição da Psiquiatria enquanto ciência no Brasil, Machado (1978, p. 375) afirma que:

A psiquiatria não é uma disciplina e uma técnica terapêutica que sempre existiram. Um saber de tipo médico sobre a loucura que a considera como doença mental e uma prática com a finalidade de curá-la por um tratamento físico-moral só se constituem em determinado momento da história. Transformação da loucura em doença, fenômeno patológico, mas doença diferente, exigindo, por conseguinte, um tipo específico de medicina para tratá-la, justamente a psiquiatria.

Assim, a partir do momento em que a loucura, como dissemos, foi eleita como objeto do discurso científico, constrói-se o discurso manicomial. O manicômio surge como o espaço de tratamento também específico, espaço de ordem, isolamento, sistematicamente vigiado, o tempo do paciente passa a ser sistematicamente ocupado, tornando-se, assim, um espaço não-ocioso.⁹ Logo, percebemos que assim como nos estudos de Foucault sobre o sistema psiquiátrico francês, a maneira de tratar o louco no Brasil colonial e imperial era baseado na mesma premissa: a exclusão social.

Com as análises das práticas de tratamento nos hospícios surgiram críticas, tanto sociais quanto científicas, e essas práticas passaram a ser vistas negativamente por não seguirem ao preceito de humanização na medida em que as condições de maus tratos e a ausência de leitos confortáveis eram recorrentes na maioria das instituições asilares brasileiras. Assim, o gerenciamento científico da loucura aliado ao discurso manicomial acabou por reforçar a exclusão social não cumprindo com a premissa de recuperação e cura dos indivíduos tratados¹⁰. É nesse contexto em que a Psiquiatria, aliada a outras ciências como a antropologia, psicologia, sociologia começa a dar ênfase ao conceito de saúde mental.

Mas para que o tratamento aos portadores de transtornos mentais pudesse ser repensado, as críticas tiveram que contemplar não só os problemas físicos dos manicômios, mas também as próprias práticas médicas, bem como o conceito de doença mental. Foi nesse sentido que o discurso de desinstitucionalização passou a ser construído, como destaca Amarante (1994, p. 81) em fins da década de 80, do século XXI, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental dá ênfase às discussões sobre o tratamento asilar tendo como base o lema “Por uma sociedade sem manicômios” :

O lema estratégico remete para a sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios. No campo prático, passa-se a privilegiar a discussão e adoção de experiências de desinstitucionalização. Esta, implica não apenas num processo de

desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais; um processo prático de desconstrução dos conceitos de das práticas psiquiátricas.

É nesse contexto que o projeto de lei 3657/89 é elaborado para propor uma progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos sendo estes substituídos por outras práticas de tratamento, abrindo o caminho para discussões sobre a necessidade de uma Reforma Psiquiátrica. Com a Lei 10.216/ 2001 a Reforma passou a ser efetivada e, aliada ao “Programa de Volta para casa” do Governo Federal, os Centros de Atenção Psicossocial, Os Núcleos de Atenção Psicossocial, as Residências Terapêuticas surgiram como modelos alternativos ao modelo asilar, e passaram a ser utilizados principalmente pelos gestores municipais como espaço privilegiado de reabilitação dos portadores de transtornos mentais.

O trabalho desenvolvido nesses espaços que se propõem “alternativos” ainda passa por reflexões estando longe de ser tido com o modelo perfeito e em ação plena. As equipes precisam lidar com a dificuldade de uma mudança de olhar, de agir. Mais ainda: a dificuldade de lidar com pacientes com longo histórico em instituições asilares que muitas vezes não podiam, e não podem, voltar para casa simplesmente porque não possuíam casa. Nesse segmento, a psicóloga Mirna Yamazato Koda realizou pesquisa sobre a passagem do paradigma asilar para um paradigma antimanicomial no âmbito da Atenção à Saúde Mental, visando avaliar o processo de implementação de um modelo substitutivo ao Hospital Psiquiátrico, investigando, através das práticas discursivas de usuários e trabalhadores, os sentidos produzidos no que diz respeito à compreensão sobre o projeto antimanicomial, ao trabalho desenvolvido pela instituição elegida como espaço de pesquisa, o Núcleo de Atenção Psicossocial de Santos, pioneiro do modelo de tratamento não-asilar no Brasil, às relações entre profissionais e usuários e à noção de doença mental.¹¹ E é nesse sentido que a maioria dos estudos acadêmicos realizados sobre a Reforma Psiquiátrica se detém. Os caminhos dessa Reforma; as comparações entre o modelo psicossocial e o asilar

e as dificuldades enfrentadas pelas equipes, são os temas mais recorrentes nesses estudos nas áreas de psicologia, psiquiatria, enfermagem.¹²

Ao lado desses estudos, os trabalhos desenvolvidos na área das Ciências Sociais, com o interesse da Antropologia e da História em temas da área de Saúde, se propõem a analisar essa temática sob outros enfoques. Como exemplo temos a obra de Rabelo (1999) que estuda as experiências de doença mental. Os textos apresentados descrevem e problematizam as experiências de membros da comunidade do Nordeste de Amaralina no processo de identificação, explicação e lida com a doença mental.¹³

Desta maneira para realizarmos nossa pesquisa, delineamos uma metodologia que nos permita pensar sobre a doença mental de uma maneira diferente da qual costumamos encontrar nos trabalhos sobre este tema, principalmente os trabalhos da área de Saúde. Não objetivamos tecer análises quantitativas sobre os pacientes ou mesmo sobre as condições físicas de instalação dos CAPS, não intentamos avaliar se a Reforma trouxe ou não melhorias para os portadores de transtornos mentais, se o novo modelo deve ser aprovado ou não. O que nos inquieta é como se deu essa construção de novos conceitos sobre a loucura, como as práticas médicas foram modificadas, qual motivação tiveram esses profissionais ao propor uma nova maneira de tratar o louco, o que isso acarretou para os pacientes e para suas famílias, como a sociedade sente essa nova maneira de ver a loucura, de tratar a loucura de reconhecer a loucura.

Para isso ler e refletir sobre as reportagens veiculadas na cidade com relação ao processo de desinstitucionalização nos faz perceber como pessoas que não estavam diretamente envolvidas no processo viam essas mudanças. Ao mesmo tempo, os jornais surgiram na época como um dos principais meios de crítica aos tratamentos asilares, denunciando os maus tratos e a falta de condições materiais para uma reabilitação dos doentes. Essas críticas foram, em grande parte, uma motivação na busca por um tratamento alternativo. Vemos esses discursos proferidos nos jornais como discursos de parte da sociedade,

intencionados e interessados, e que nos dão indícios de como esse segmento vê e diz o louco na cidade.

Partimos, assim, da premissa que tais documentos não se constituem enquanto verdades sobre o louco, nós, enquanto historiadores, construímos uma história a partir das perguntas que fazemos às fontes, fontes que nem sempre proferem o mesmo discurso, sendo muitas vezes divergentes, mas que construíram uma representação do louco e nos permite pensar como essa sociedade dar a ver o doente mental.

É possível pensar, a partir das reflexões tecidas por Chartier, que as práticas e representações culturais estão vinculadas às experiências concretas de vida dos sujeitos sociais. Dessa forma, os discursos podem ser compreendidos como representações coletivas. Nesse ínterim, as visões diferenciadas de mundo e as múltiplas vivências dos indivíduos nos permitem pensar as representações também como divergências, na medida em que expressam uma maneira própria de se estar em sociedade, significar simbolicamente um estatuto e uma posição e, sobretudo, conferir uma identidade social, e que simbolizam interesses:

As percepções do social não são de forma alguma discursos neutros: produzem estratégias e práticas (sociais, escolares, políticas) que tendem a impor uma autoridade à custa de outros, por elas menosprezados, a legitimar um projecto reformador ou a justificar, para os próprios indivíduos, as suas escolhas e condutas (p. 17).¹⁴

Ao mesmo tempo ele destaca que a partir das apropriações de posturas teóricas de outras disciplinas pela História, como a sociologia, possibilita o aparecimento de novos objetos; de novos territórios a serem explorados, como as formas de sociabilidade, as atitudes perante a morte e a vida, os rituais... Nos possibilitando construir novos objetos de pesquisa e o envolvimento com outras áreas de conhecimento como a psiquiatria, por exemplo.

Ao mesmo tempo, a análise dos documentos, prontuários, relatórios, atas de reuniões do Hospital João Ribeiro, da Clínica Dr. Maia, que possui um arquivo disponível aos pesquisadores da cidade, bem como os documentos da desinstitucionalização e dos trabalhos desenvolvidos pelos CAPS que se encontram na Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, e nos Centros de Atenção Psicossocial, nos permite fazer perguntas aos discursos e práticas dos trabalhadores ligados diretamente ao contexto de reforma, fechamento dos hospícios, criação de centros de atenção psicossocial, residências terapêuticas: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, funcionários, secretários de saúde, coordenadores de saúde mental. Como estes profissionais participaram desse momento e o que suas práticas e discursos construíram e constroem. Partindo da idéia de que se faz relevante para a pesquisa analisar os discursos do saberes-poderes envolvidos no processo e como estes constroem um espaço para a loucura na cidade, baseando-se nos estudos de Foucault.

Aliado a análise dessas fontes escritas, também acreditamos ser relevante utilizar fontes orais na pesquisa. Por se tratar de um tema presente e sabendo que as pessoas envolvidas nos processos estão na sua maioria ainda ocupando lugares no tratamento aos portadores de transtornos mentais, recorrer às falas destes envolvidos, profissionais, pacientes e familiares, nos permite construir uma memória sobre o que eles vivenciaram e vivenciam.

A memória não é vista por nós, como algo coletivo. Cada indivíduo tem sua memória própria, seu discurso, de acordo com o espaço e tempo que ocupa na sociedade. Mesmo que consigamos encontrar sentimentos que são compartilhados nas falas das pessoas entrevistadas cada pessoa tem uma visão, uma dimensão diferenciada desses sentimentos. A memória a que temos acesso, mediante a História Oral, não é vista por nós como um depósito de acontecimentos, de verdades, ela é uma representação ou discurso da pessoa que a constrói na medida que fala, e nós historiadores também construímos a nossa na medida em que escutamos.¹⁵

Acreditamos que as pessoas resignificam o espaço que ocupam, os discursos que recebem são reapropriados, resignificados, suas práticas, mesmo estando dentro de um sistema de controle, ou sistema estratégico, são reelaboradas a partir de interesses próprios dos indivíduos, mesmo que inconscientemente.¹⁶ É nesse sentido, que acreditamos ser possível inquirir nas falas dos envolvidos, acerca das possíveis táticas subreptícias dos indivíduos em seu cotidiano. Como estes, mesmo sem fugir do sistema estratégico de tratamento, consomem o que lhes é fornecido e criam astutamente outros caminhos, individualmente, silenciosamente.

Faz-se necessário, também, um estudo da Legislação em Saúde Mental, que é tida como o aporte teórico das práticas de tratamento no âmbito da saúde mental, bem como das portarias publicadas pelo Ministério da Saúde com intuito de guiar, controlar, regularizar e excluir modelos de tratamento em saúde mental, construindo assim, o contexto de tratamento de doentes mentais e delimitando o novo modelo assistencial e antimanicomial na cidade.

Toda a nossa pesquisa, e a maneira que pretendemos dá sentido a mesma, parte da reflexão de nos cabe, enquanto historiadores pensar no fazer História que permite uma relação com outras áreas de saber, como a psiquiatria, psicologia, medicina, sociologia... sem que percamos nosso lugar de historiadores. Uma maneira de fazer História que nos permite pensar nas sensibilidades, nas subjetividades, nos sentimentos, que parte da inquietação, das dúvidas e sem a necessidade de dirimi-las, as dúvidas surgem para que surjam mais dúvidas, as inquietações para causar mais inquietações. Como destaca Pesavento (2207, p.21)

Pensar nas sensibilidades é pois, não apenas voltar-se para o estudo do indivíduo e da subjetividade, das trajetórias de vida, enfim. É também lidar com a vida privada. E com todas as suas nuances e formas de exteriorizar- ou esconder- os sentimentos.

Enfim, se estudar sensibilidades é um desafio, é um ir além, é ter, possivelmente, mais dúvidas do que certezas, com relação ao passado, talvez aí resida o charme que se encontra presente em toda aventura do conhecimento.

Pretendemos aceitar o desafio, cotidianamente.

¹ Jornal da Paraíba. 31 de Junho de 2005.

² A Portaria GM/MS N.º 251, de 31 de Janeiro de 2002, estabeleceu a avaliação aos hospitais psiquiátricos pelo PNASH- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, e as diretrizes e normas para a regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria, determinando a não classificação de hospitais que não atingissem 61% de pontos na avaliação. Os gestores locais dos hospitais não classificados deveriam, então, suspender novas internações e a efetivar a substituição do atendimento aos pacientes, enfatizando, de preferência, os serviços de tratamento extra-hospitalares.

³ A Portaria GM/MS N.º 251, de 31 de Janeiro de 2002, estabeleceu a avaliação aos hospitais psiquiátricos pelo PNASH- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, e as diretrizes e normas para a regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria, determinando a não classificação de hospitais que não atingissem 61% de pontos na avaliação. Os gestores locais dos hospitais não classificados deveriam, então, suspender novas internações e a efetivar a substituição do atendimento aos pacientes, enfatizando, de preferência, os serviços de tratamento extra-hospitalares.

⁴ A Portaria GM/MS N.º 251, de 31 de Janeiro de 2002, estabeleceu a avaliação aos hospitais psiquiátricos pelo PNASH- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, e as diretrizes e normas para a regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria, determinando a não classificação de hospitais que não atingissem 61% de pontos na avaliação. Os gestores locais dos hospitais não classificados deveriam, então, suspender novas internações e a efetivar a substituição do atendimento aos pacientes, enfatizando, de preferência, os serviços de tratamento extra-hospitalares.

⁵ **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

⁶ FREITAS, Fernando Ferreira Pinto de. **A história da psiquiatria não contada por Foucault**. In: História, Ciências e Saúde. v.11 n.º 01. Rio de Janeiro: Manguinhos, 2004. p. 76.

⁷ FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1999

⁸ _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

⁹ MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978, p. 376.

¹⁰ COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil – um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

¹¹ KODA, Mirna Yamazato, **Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial**. Dissertação de Mestrado. 2002. 186p. Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo.

¹² AMARANTE, Paulo Eduardo de Carvalho.(Org) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

¹³ RABELO, Miriam Costa. et al. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

¹⁴ CHARTIER, Roger. **A História cultural: entre práticas e representações**. São Paulo: Bertrand, 1992.

¹⁵ DE MORAES, Janaína Amado (org.). **Usos & abusos da História Oral**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

¹⁶ CERTEAU, Michel. **A Invenção do Cotidiano: 1. Artes de fazer**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2002.

BIBLIOGRAFIA

AMARANTE, Paulo Eduardo de Carvalho.(Org) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

_____. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília, Brasil: 1998.

_____. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

CERTEAU, Michel. **A Invenção do Cotidiano: 1. Artes de fazer**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2002.

CHARTIER, Roger. **A História cultural: entre práticas e representações**. São Paulo: Bertrand, 1992.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil – um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

DE MORAES, Janaína Amado (org.). **Usos & abusos da História Oral**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **A história da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

-
- _____. **Nascimento da Clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003a.
- _____. A poeira e a Nuvem In: **Ditos e escritos IV.** Estratégia, Poder-Saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003b, pp. 323-334.
- FREITAS, Fernando Ferreira Pinto de. **A história da psiquiatria não contada por Foucault.** In: História, Ciências e Saúde. v.11 n° 01. Rio de Janeiro: Manguinhos, 2004.
- KODA, Mirna Yamazato, **Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial.** Dissertação de Mestrado. 2002. 186p. Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo.
- MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma:** a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- PINSKY, Carla Bassanezi.(org.) **Fontes Históricas.** Editora Contexto, 2005.
- RABELO, Miriam Costa et al. **Experiência de doença e narrativa.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.
- Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial .** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.