



# Revista de Historia de la Psicología

[www.revistahistoriapsicologia.es](http://www.revistahistoriapsicologia.es)



## Transformaciones de prácticas y saberes en salud mental y gubernamentalidad: Los años 1970 en Santa Catarina, Brasil

Daniela Ribeiro Schneider

*Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil*

Cristiane Budde

*Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil*

Arthur Arruda Leal Ferreira<sup>1</sup>

*Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil*

### INFORMACIÓN ART.

Recibido 21 diciembre 2017  
Aceptado 21 febrero 2018

*Palabras clave*  
Salud Mental,  
Historia de la psiquiatría,  
Psiquiatría preventiva,  
Gubernamentalidad

*Key words*  
Mental Health,  
History of Psychiatry,  
Preventive psychiatry,  
Governmentality

### RESUMEN

Se realizó una investigación historiográfica con un abordaje histórico-crítico de las transformaciones en salud mental ocurridas en Santa Catarina, al sur de Brasil. Se tomó como base del análisis el concepto foucaultiano de gubernamentalidad, a fin de explorar la transformación de las formas de “control de la conducta” de los llamados enfermos mentales durante el período 1971-1975, durante el cual se produjeron transformaciones en el Sistema de Salud, impulsadas por técnicos de la Organización Panamericana de la Salud (OPAS), sobre la base de las experiencias de la psiquiatría preventiva de la administración Kennedy (EE.UU.). Se realizaron entrevistas con diez profesionales activos en la época, y un análisis documental de los Archivos Públicos de Santa Catarina. La reconstrucción de esta experiencia, el análisis del contexto en que actúa, las contradicciones que formaban parte de su desarrollo, así como su análisis basado en el abordaje crítico son los principales objetivos de este artículo.

### Transformations of practices and knowledge in mental health and government: The 1970s in Santa Catarina, Brazil

### ABSTRACT

This research presents a historical investigation of the mental health transformations occurred in Santa Catarina, Southern Brazil. The study is based on Foucault's concept of governance, which produces a more direct knowledge of the changes of the means of “conduct control” of the so called mentally ill, took place in the 1971-1975 period, reaching the whole Health System, and was stimulated by technicians of the Pan-American Health Organization (OPAS), based on the experiences of preventive psychiatry during the Kennedy government (USA). Ten interviews were conducted with professionals who were working at the time, and analysis of documents from the Public Files of Santa Catarina. The main objects of the study are the description of what constituted this experience; the analysis of the contexts in which the experience happened; the contradictions that were part of its development; and the analysis based on a critical approach.

Algunos datos referentes a la investigación sobre atención a la salud mental en Santa Catarina se publicaron en el capítulo: Schneider, D. R., Budde, C., Flores, K. C., Pereira, R., y Torres, E. R. T. Políticas de saúde mental em Santa Catarina nos anos 1970: vanguarda na psiquiatria brasileira? *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 20(2), 553-570. Este artículo fue desarrollado a partir de una nueva interpretación de los datos, basándonos en el referencial foucaultiano.

<sup>1</sup> Investigador financiado por CAPES y FAPERJ.

Correspondencia: Daniela Ribeiro Schneider: [danic Schneiderpsi@gmail.com](mailto:danic Schneiderpsi@gmail.com) / Cristiane Budde: [crisbudde@gmail.com](mailto:crisbudde@gmail.com)

ISSN: 2445-0928 DOI: <https://doi.org/10.5093/rhp2018a2>

© 2018 Sociedad Española de Historia de la Psicología (SEHP)

## Introducción

En Brasil, en el año 2018, se celebran los treinta años de la implementación del *Sistema Unificado de Salud (SUS)* (Brasil, 1990), y diecisiete años de la ley 10216 de 2001, que reorganizó los servicios de atención a la salud mental, con la reducción gradual de las plazas en los hospitales psiquiátricos y la creación de los servicios alternativos de puertas abiertas de carácter multidisciplinario (Brasil, 2001)<sup>2</sup>. Pero, en el momento actual, Brasil pasa por una rara situación política con la toma del comando del gobierno federal por un grupo no directamente electo (al menos en su proyecto de gobierno), un proceso operado por medio de un problemático y controvertido juicio de *impeachment* de la presidenta Dilma Rousseff (elegida democráticamente en 2014), también caracterizado por algunos autores (por ejemplo, Jessé, 2016) como un golpe de las élites, involucrando sectores de la prensa, grupos económicos, movimientos conservadores e integrantes del campo jurídico y parlamentario. En este escenario el Ministerio de Salud (específicamente la *Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas - CGMAD/MS*) presentó una serie de iniciativas para activar sistemas de intervención basados en la figura del médico psiquiatra y reanudar la lógica de la acción en salud centrada en la enfermedad y en el control de los síntomas, así como en la hospitalización psiquiátrica por medio de las llamadas Comunidades Terapéuticas<sup>3</sup> (ver manifiesto de la Abrapso, 2017). Consideramos entonces más que necesaria una reflexión sobre los modos de gestión brasileña de los enfermos mentales por medio de las condiciones históricas que permitieron la consolidación de los dispositivos actuales en salud mental.

Más específicamente en este artículo será presentada una investigación historiográfica respecto a una singular experiencia desarrollada en los años 1970 (periodo bajo una dictadura de derecha implementada por un golpe militar) en el estado de Santa Catarina, en el sur de Brasil, teniendo como base una serie de entrevistas con diez profesionales activos en la época y también el análisis documental en el Archivo Histórico de Santa Catarina. El análisis de las transformaciones de las prácticas y de los conocimientos en salud mental será conducido a partir del concepto foucaultiano de gubernamentalidad.

Este concepto, introducido por Foucault a finales de los años 1970, nos permite comprender de un modo más directo los sentidos políticos de las transformaciones en las formas de “conducción de las conductas” de los caracterizados como enfermos mentales, desde el alienismo hasta sus formas reformistas más contemporáneas. En nuestra perspectiva el autor ofrece elementos conceptuales que permiten analizar las líneas de los nuevos dispositivos consolidados con las reformas psiquiátricas, a partir de su relación con modos de gestión por medio de la conducta libre de los gobernados.

Una pieza central en nuestra investigación histórica es la noción de “salud mental”, en la medida que éste fue el término acuñado en los años 1960 por la Psiquiatría Comunitaria Americana para expresar las reformas producidas en el sector psiquiátrico, ampliándolo más allá de esta disciplina, con la apertura a la intervención multiprofesional en la atención a la locura. Ésta ha realizado críticas al modelo de atención anterior asilar, por su excesivo hospitalocentrismo y sus elevados gastos, introduciendo la perspectiva preventiva y la

intervención comunitaria. Tales aspectos están también en la base, aunque de forma contradictoria, en la reforma psiquiátrica brasileña<sup>4</sup>, consolidada como política pública del gobierno brasileño a fines de los años 1990 (Luz, 1994; Santos, 1994; Paulin y Turato, 2004).

La experiencia de reforma de la asistencia psiquiátrica de Santa Catarina, poco conocida en los estudios de esta área, se llevó a cabo durante todo el período del gobierno de Colombo Salles, entre 1971-1975, englobando el Sistema de Salud de la provincia como un todo. La descripción de esta experiencia, la discusión del contexto local y nacional donde se generó, las contradicciones que hicieron parte de su desarrollo, así como su análisis a partir del concepto de gubernamentalidad, son los principales objetivos de este texto. A tal efecto, nuestro objetivo no es contar la historia total y detallada de las formas de gestión de la locura en Brasil<sup>5</sup> u ofrecer una alternativa salvadora (representada por una línea de tratamiento específica) que alcanzaría la verdad de la locura en oposición a los modos de control de ésta, sino que trata de analizar cómo orientaciones políticas distintas pueden estar articuladas con modos de gubernamentalidad semejantes, así como modos políticos semejantes pueden asociarse con formas de gubernamentalidad distintas.

## Gubernamentalidad y estrategias psi

En dos cursos ofrecidos a finales de los años 1970 en el Collège de France, *Seguridad, Territorio y Población* (2006) y *El Nacimiento de la Biopolítica* (2007), Foucault introduce el concepto de gubernamentalidad, entendido como el ejercicio estratégico de control de la conducta ajena. En sus definiciones iniciales estaría referida al “conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esa forma específica, aunque muy compleja de poder, que tiene por objetivo la población” (Foucault, 2006, p.136).

Nikolas Rose (1998) aplica de forma clara este concepto a la historia de la psicología considerándola, desde sus orígenes, como la realización de una técnica de gestión dirigida a la población. Considerando las diversas técnicas de gobierno asociadas a los saberes y prácticas psicológicas este autor destaca las formas liberales de conducción de la conducta. Para tomar en consideración los cambios en las formas de gubernamentalidad y el espacio ocupado por los dispositivos psicológicos debemos echar la vista atrás en la historia y describir los modos de ejercicio de gobierno desde el siglo XVI.

Un momento decisivo en la historia de las artes de gobierno, dice Foucault (2006), se sitúa en el siglo XVI, cuando surgen los llamados *Manuales de Gobierno*. Los autores de esos manuales (por ejemplo, La Perrière en Francia, Mayenne en Holanda, Huhental en Alemania) son en general completamente desconocidos para nuestra discusión política actual. Esos manuales poseían prescripciones para los medios por los cuales el Estado debería administrar no solamente el flujo de mercaderías, sino también de la población, tornándose así un asunto de gobierno. Preocupaciones de este tipo aumentaban conforme se evidenciaba una urbanización acelerada producida por la migración de los medios rurales y el descenso de la tasa de mortalidad. Gradualmente la noción de población irá definiendo sus contornos, pasando a ser vista como una entidad capaz de generar riqueza y desarrollo económico. Estos libros surgirán al mismo tiempo que aparecerán nuevas doctrinas y dispositivos relativos a los Estados. La doctrina, la Razón de Estado, reúne los principios que supervisan

<sup>2</sup> Los objetivos de la dicha Reforma Psiquiátrica brasileña engloban la “liberación terapéutica” de los supuestos “enfermos mentales”, con propuestas de nuevos dispositivos de “puertas abiertas” como los CAPS (Centros de Atención Psicosocial), residencias terapéuticas, cooperativas de trabajo, así como la ley antimanicomial, decretada en 2001 (Ley federal antimanicomial 10.216).

<sup>3</sup> El nombre es semejante al del proyecto inglés de Main y posteriormente retomado por Jones a mediados del siglo XX (ver Amarante, 1995), pero en Brasil las Comunidades Terapéuticas son proyectos extremadamente distintos, refiriéndose a iniciativas no gubernamentales, muchas veces de carácter religioso y que retoman como central las prácticas de internación.

<sup>4</sup> La Psiquiatría Democrática italiana ha sido la principal referencia para los movimientos en Brasil que, desde 1980 incluyen la lucha antimanicomial y la reforma psiquiátrica brasileña (Tenório, 2002; Amarante, 1995).

<sup>5</sup> Para un abordaje de un escenario histórico más amplio en Brasil sugerimos consultar las siguientes obras: Amarante (1995), Birman (1978), Costa (2010), Engel (1995), Machado, Loureiro, Luz y Muricy (1978).

el refuerzo del poder del Estado y el equilibrio diplomático. Los dispositivos se agrupan en el Estado de Policía que incluye diversos recursos para registrar y corregir el curso de los procesos interiores. Los métodos disciplinares habían sido una marca muy distintiva en los siglos XVI y XVII, actuando en la vigilancia continua y en el control de cuerpos y actos en instituciones como escuelas, cuarteles y hospitales. Ahora éstos serán incorporados por el propio Estado en su forma policial.

A mediados del siglo XVIII algunos pensadores, como los fisiócratas (por ejemplo Mandeville), plantean que el Estado debería limitar sus modos de actuación sobre los mercados. Esto es debido al hecho de que los fisiócratas creían que los fenómenos de mercado obedecían a un orden natural y a leyes inherentes, que deberían ser respetados. Sin embargo, hay un cambio fundamental en las estrategias liberales a partir de los siglos XIX y XX: si en el siglo XVIII el liberalismo se afirmaba como una crítica del Estado, a partir del siglo XIX y especialmente del XX, aquél pasa a ofrecer técnicas positivas de gobierno, como las propuestas del ordoliberalismo alemán y del neoliberalismo norte-americano. Foucault (2006, 2007) y Rose (1998) sugieren que el surgimiento del liberalismo coloca el dominio de la población como nueva preocupación del gobierno, que necesitaría descubrir medios para dirigirla respetando sus códigos naturales de funcionamiento. Por tanto, se volvería absolutamente necesario el conocimiento de sus patrones de acción, de sus regularidades, a fin de conducir a los individuos como sujetos responsables. Es en este contexto donde la psicología según Rose encontraría las condiciones de su desarrollo: como saber legitimado bajo la promesa de cientificidad y la conducción de la libre conducta ajena<sup>6</sup>.

Para Rose (1998), la historia de los *saberes psi* está ligada a la historia del gobierno de una doble manera: 1) mediante las técnicas de inscripción que permitirán que las subjetividades se vuelvan permeables a las técnicas de gobierno; y 2) mediante la constitución de políticas múltiples que pretenden conducir la conducta de los individuos, aunque no solamente a través de la disciplina, sino principalmente a través de la libertad y de la actividad de éstos. El mejor ejemplo del primer aspecto son los test mentales, las escalas de actitud y las encuestas de opinión. El mejor ejemplo del segundo aspecto es la cultura emprendedora producida a partir de los años 1980. La emprendeduría se afirma como un conjunto de técnicas que combinan el gobierno de los individuos con el auto-gobierno. Aquí la propia vida se transforma en un objeto a ser gobernado como un proyecto empresarial supervisando el aumento del capital humano y la felicidad general.

En los trabajos de Rose y Foucault, pues, el liberalismo no se define como una teoría económica o a una crítica política al exceso de gobierno. Más bien es una técnica positiva de gobierno que se origina en el dominio económico, pero que se desplaza poco a poco hacia la cuestión de la población en general, abriendo la posibilidad de expansión de diversas prácticas, incluyendo las psicológicas. Estas nuevas técnicas de gestión liberal son muy distintas de las demás, como las soberanas (basadas en dispositivos legales) y disciplinares (basadas en el constante registro y control de las acciones). En ese sentido los *saberes psi* actúan generalmente vinculados a la construcción de las formas democráticas de asociación, buscando estimular modos más libres y activos de conducta por parte de los diversos actores.

Sin embargo, la historia de las prácticas psicológicas relacionadas con el campo de la salud mental presenta un camino singular. Los cambios en estas técnicas gubernamentales revelan un pasaje desde dispositivos exclusivamente disciplinares (como los asilos mentales) a un ensamblaje de modos de gobierno basados en la soberanía y en las formas liberales. Con este conjunto de referencias, nuestro objetivo será evaluar específicamente las técnicas gubernamentales presentes, asociadas a la asistencia psiquiátrica, especialmente las desarrolladas durante los años 1970 en el estado brasileño de Santa Catarina, antes pues de la gran Reforma psiquiátrica estatal brasileña que se estabiliza en los años 1980.

### Algunas líneas generales históricas del saber psiquiátrico: del alienismo a las reformas

La historia de las prácticas respecto de la locura en Brasil y sus transformaciones están articuladas en base a procesos ocurridos en otras partes de Europa occidental, aunque en algunos casos con algunos desplazamientos temporales. Una buena guía para la comprensión de estos procesos más generales es la Historia de la Locura de Foucault (1978)<sup>7</sup>. Según este autor, hasta finales del siglo XVIII no existían en Europa asilos, ni el concepto de enfermedad mental, ni la psiquiatría como disciplina. Durante los siglos XVII y XVIII había, por un lado, una medicina general que consideraba la locura como “enfermedad de los nervios” y, por otro, algunos dispositivos de la administración urbana que recogían a los individuos carentes de razón moral en casas de corrección. Pero este proceso no tenía ningún criterio médico; más bien, estas personas consideradas sin razón (prostitutas, mendigos, libertinos, alquimistas, magos, sifilíticos, y locos) eran puestos a trabajar, buscando su corrección moral (y sin ninguna razón económica). En el Brasil colonial y hasta el primer reinado no había dispositivos semejantes a casas de corrección, a pesar de que los médicos formados en las universidades europeas postulaban la locura como enfermedad de los nervios. Los primeros grandes dispositivos estatales de abordaje de la locura surgen apenas a mediados del siglo XIX, y en concordancia con la naciente psiquiatría.

El surgimiento de este saber a finales del siglo XVIII tiene una representación mítica: es la liberación de las cadenas de los locos por Pinel en las viejas casas de corrección. Esta es una imagen en sintonía con otras tantas de estos días revolucionarios en Francia. Esta representación de Pinel puede ser interpretada como un acto de liberación, que daría forma a una nueva ciencia humanitaria capaz de comprender la locura: la psiquiatría. Ésta es la lectura tradicional de esta imagen. Sin embargo, como Foucault (1978) destaca, el gesto de libertad de Pinel puede ser comprendido como el aprisionamiento de la locura en las corrientes médicas: por medio de la idea de una naturaleza humana alienada, de un concepto de enfermedad mental, por medio de los dispositivos asilares y de una nueva especialidad médica.

Este doble nacimiento de la psiquiatría y del alienismo representa un cambio en la conducción de los dispositivos gubernamentales: el tránsito de un régimen disciplinar conducido por la administración urbana hacia un poder médico y psiquiátrico. Sin embargo, este nacimiento es acompañado por otro producto de este período revolucionario: la *Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano* de 1791, un dispositivo que, en su ensamblaje, cambia las formas soberanas de gubernamentalidad.

La creación de esta nueva fraternidad de los derechos universales, basada en un “sujeto universal”, un ser gobernado por su propia conciencia y razón, conducía a una exclusión: los alienados y los enfermos mentales fueron excluidos de esta nueva humanidad. Todos

<sup>6</sup> Esto es un aspecto que debe ser destacado en la analítica foucaultiana del poder: desde las primeras formulaciones (Foucault, 1977a y 1977b), el poder (especialmente en las formas disciplinares o biopolíticas) no se identificaba con la represión o supresión. De forma más precisa, el poder actúa sobre la actividad de los cuerpos, produciendo modos de conocimiento (saberes) y está íntimamente vinculado a las actividades de resistencia. De modo más radical, Foucault (1995), cuando introduce el tema de la gubernamentalidad, toma la libertad como condición para las actividades de poder, diferenciándolas de la violencia. De esta forma el poder pasa a ser definido como conducción de conductas libres.

<sup>7</sup> Este libro también es fuente de mucha de la historiografía desarrollada en Brasil después de los años 1970 (ver nota 3).

los hombres eran iguales debido a su libertad universal, razón y conciencia, con excepción de los locos. Este nacimiento sincrónico no es simple coincidencia temporal: la función del alienismo era restaurar la conciencia universal alienada por la locura. Esta doble emergencia de la psiquiatría y de los derechos humanos universales apunta hacia la creación de los dispositivos disciplinares y la delimitación de la locura de una buena parte de los dispositivos soberanos.

Durante el siglo XIX, el alienismo desapareció poco a poco, abriendo espacio a tendencias más organicistas, en la búsqueda de la marca corporal de la enfermedad mental. Sin embargo, este cambio epistémico no cambió los modos de gubernamentalidad en psiquiatría. De forma inversa, lo que se observa hasta el inicio del siglo XX es el fortalecimiento del dispositivo asilar y del poder psiquiátrico, apoyado por un conjunto de aparatos legales que dan amplio poder de secuestro y confinamiento de los supuestos enfermos. Un cambio en este proceso sólo ocurre en el periodo comprendido entre guerras mundiales.

El movimiento de creación de hospicios se inició en tierras brasileñas bajo la influencia del alienismo del final del siglo XVIII e inicios del siglo XIX y bajo las reglas del modelo disciplinar de gubernamentalidad. Era necesario construir un local que diera cobijo a los locos y vagos que deambulaban peligrosamente por las calles, entendidos como amenaza al buen orden familiar y social (Costa, 2010; Melo, 2006; Santos, 1994). Hasta ahí, los locos agresivos eran llevados a las prisiones y los otros, menos violentos, eran llevados a las Casas de Misericordia. El 5 de diciembre de 1852, por decreto del Emperador, fue inaugurado el hospicio que lleva su nombre, Pedro II. Posterior a la apertura de la *Asistencia Médico Legal a los Alienados*, en 1890, se inicia la construcción de otros asilos mentales por todo el país, como el Juqueri en São Paulo y el São Pedro en Porto Alegre, entre otros (Borges y Batista, 2008).

A partir de finales del siglo XIX la clase médica empieza a sustituir progresivamente a las hermanas de la caridad en el cuidado de la locura, procurando conferir un carácter "científico" a la asistencia psiquiátrica, iniciando lo que se va a denominar "medicalización de la locura" (Amarante, 1997). La introducción de nuevas técnicas terapéuticas, en los años 1930, como el shock eléctrico y la lobotomía, ofrecen una pretendida solidez a la disciplina psiquiátrica, obteniendo un mayor reconocimiento junto a la comunidad académica<sup>8</sup>.

En este período empieza una política de creación de hospicios provinciales, basados en el modelo de las colonias agrícolas de inspiración germánica, que se encontraba en consonancia con una nación cuya población era aun en gran número rural, y que por lo tanto podría fácilmente adaptarse a las actividades de laborterapia agrícola, previstas para el mantenimiento de estos nosocomios (Leone, 2000; Serrano, 2010). Esta política estaba conectada con la de la *Liga Brasileira de Higiene Mental*, creada en 1923, la cual buscaba limpiar los centros urbanos de los males sociales que podrían contaminar las familias y comunidades (Costa, 2010; Hirdes, 2009). El modelo produjo, en pleno siglo XX, aquello que Foucault (1978, capítulo 2) caracterizó como el "Gran Encierro", acaecido en Europa en el siglo XVIII, cuando se internaban indigentes, alcohólicos, vagos, deficientes (siendo los locos apenas una parte de esta población), fundando grandes asilos para la higienización de las ciudades y para el control social de la población. Pasa a predominar entonces la política del macro-hospital público, principal instrumento de intervención para la llamada "enfermedad mental". Uno de los últimos hospicios creados

en Brasil siguiendo este modelo fue el Hospital Colonia Santana, en São José, en el estado de Santa Catarina, en el año 1941 (Schneider, 2011).

En este sentido, en aquellos momentos históricos, el aislamiento médico de la locura pasó a ser una regla disciplinaria de su tratamiento. El desdoblamiento lógico de esta medida de expansión del asilo fue la progresiva delegación al mandamiento médico para el internamiento de las personas portadoras de cualquier supuesto desajuste social. Esto generó un movimiento hacia el abandono de estas personas en los hospicios, que acabaron siendo verdaderos depósitos, cada vez más superpoblados de todos los tipos de excluidos, mantenidos en condiciones insalubres, con muchos pacientes sin camas para dormir, constituyéndose en un "territorio de los horrores".

Volviendo a un escenario mundial, a partir de los años 1950-60, poco a poco un gran número de cuestionamientos y de cambios puntuales y radicales surgen en diferentes países como Gran Bretaña, Francia, Italia, Estados Unidos o Canadá. Es debatida la función de los asilos y se empiezan a criar dispositivos comunitarios. Surgen reformas institucionales (como las Comunidades Terapéuticas y las Terapias Institucionales en Inglaterra y Francia)<sup>9</sup> y proyectos de prevención (la Psiquiatría Comunitaria en los EE.UU y Psiquiatría de Sector en Francia), además de proyectos críticos (la Antipsiquiatría Británica y Psiquiatría Democrática Italiana).

La principal premisa de estos movimientos críticos es que la ciudadanía política de los locos ha sido cancelada a partir de un largo proceso de violencia psiquiátrica y exclusión social. Su objetivo político es, entonces, deshacer este largo proceso de exclusión política bajo una nueva bandera: "la libertad es terapéutica" (Rotelli, 1994, p. 153). La finalidad era, pues, crear nuevas condiciones que deberían permitir a los enfermos mentales postularse como sujetos activos, gobernados por su auto-iniciativa y responsabilidad (Basaglia, 2005). Esperando obtener esto, se propusieron una serie de transformaciones políticas en los dispositivos psiquiátricos durante los años 1960 y 1970, imponiéndose como marco el trabajo de Franco Basaglia y su equipo en Gorizia y Trieste y los de Ronald Laing y de David Cooper en el Pabellón 21 del Kingsley Hall.

Sin embargo, la reforma psiquiátrica brasileña de los años 1980 está conectada con formas más críticas de reformulación de los modos de conocimiento y de las instituciones psiquiátricas: la reforma psiquiátrica italiana y la antipsiquiatría inglesa. Esta reforma brasileña se inicia en la década de 1980 en el contexto político de la democratización del Estado, a partir del fin de la dictadura militar. Si en Europa los asilos mentales pudieran haber sido comparados a campos de concentración, en Brasil éstos eran comparados más bien con salas de tortura. Los objetivos y los efectos del movimiento de reforma psiquiátrica brasileña han sido muy semejantes a los movimientos más radicales de reforma: buscando la liberación terapéutica del enfermo mental, han propuesto un gran número de nuevos dispositivos de "puertas abiertas" como los CAPS (Centros de Atención Psicosocial), residencias terapéuticas, cooperativas de trabajo<sup>10</sup>, así como la ley antimanicomial, decretada en 2001 (Ley 10.216)<sup>11</sup>.

<sup>9</sup> Un posible ejemplo de este tipo de reforma en Brasil sería el trabajo de Nise da Silveira realizado a partir de los años 1940 en el Hospital Psiquiátrico Pedro II. Ver Frayze-Pereira (2003).

<sup>10</sup> Todos estos dispositivos son llamados substitutivos en relación al protagonista central de la vieja psiquiatría: los asilos. Los CAPS ofrecen por ejemplo un gran número de actividades como talleres terapéuticos sin larga internación de los pacientes y las residencias terapéuticas son utilizadas especialmente por pacientes supuestamente "cronificados" sin alternativa de habitación. En estas casas viven pocas personas, sin (supuestamente) ningún carácter asilar y con apoyo de profesionales en salud mental.

<sup>11</sup> Durante los años 1990, el *Proyecto de Reforma de las Instituciones Psiquiátricas* circuló en el Congreso Nacional Brasileño. Después de mucha discusión y negocia-

<sup>8</sup> De acuerdo con Foucault (2001) este reconocimiento viene del cambio de definición de patología en medicina, imponiéndose la necesidad de vinculación de las enfermedades a una lesión de los tejidos, a una marca orgánica. Esta nueva concepción, surgida en el siglo XIX, produce la búsqueda de las marcas orgánicas de la enfermedad mental, generando una vinculación de ésta a la herencia (Morel), trauma (Charcot) o drogas (de Tours). Como destacamos, este cambio no está vinculado a una transformación en los modos de gubernamentalidad.

Sin embargo, buscamos las bases de otro movimiento reformista brasileño menos conocido: la reforma de Santa Catarina ocurrida en los años 1970. En este caso, los movimientos parejos no son la Psiquiatría Democrática italiana ni la antipsiquiatría británica, sino la Psiquiatría Preventiva norteamericana.

### La Psiquiatría Preventiva y su presencia en Brasil

Durante los años 1960, algunos sectores de la psiquiatría norteamericana, acompañando las exigencias de la medicina en general, procuraron realizar diagnósticos precoces que evitarían la instalación de la llamada enfermedad mental. Los estudios epidemiológicos consolidaron la idea de que era posible delinear el perfil de la población con riesgo de enfermedad, ofreciendo bases para una propuesta de profilaxis en este contexto. Tales exigencias estaban en la base de la psiquiatría preventivo-comunitaria, surgida en los Estados Unidos, elaborada por Gerald Caplan, convertida en política de estado norteamericana y adoptada en el gobierno Kennedy en 1963, que definió la salud mental como el terreno sobre el cual actuar (Leone, 2000; Paulin y Turato, 2004).

Tales principios preventivos y comunitarios pasan a ser adoptados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo la Organización Panamericana de Salud la responsable por su aplicación en América Latina (OPAS), consolidada en la planificación de la Reunión de los Ministerios de Salud de América Latina en Santiago de Chile, en 1972, de la cual Brasil fue partícipe (Santos, 1994).

La propuesta de transformación de la asistencia psiquiátrica basada en los principios preventivo-comunitarios se introdujo en Brasil en el inicio de los años 1970 y se hizo efectiva, en realidad, como una especie de primer ensayo reformista. El modelo preventivo se configuró en nuestro país a través del *Manual de servicio para la asistencia psiquiátrica*, editado en 1973, el cual privilegia la asistencia: (...) ofrecida siempre que sea posible en la comunidad, con el empleo de recursos extra-hospitalarios. [...] El ingreso debería ser realizado próximo a la residencia del individuo, con una amplia y diversificada red de servicios [...]. Tras el alta, el paciente sería inmediatamente dirigido a una atención ambulatoria. (Paulin y Turato, 2004, p. 250)

Por otra parte, incentivaba la formación de equipos multiprofesionales y proclamaba principios técnico-administrativos que luego estarán en la base del que será en el futuro, el *Sistema Único de Salud* (SUS), entre los cuales están la integración, regionalización, descentralización, constante perfeccionamiento del personal, entre otros. Proponía que la atención debería ser iniciada en el nivel primario, donde se debería filtrar el flujo de pacientes hacia el nivel secundario y terciario. Los servicios extra-hospitalarios deberían proponer, así, la organización de servicios ambulatorios, así como de camas de emergencia en los hospitales generales y la creación de servicios residenciales para pacientes que perdieron sus vínculos sociales (Paulin y Turato, 2004). Buscaba, finalmente, evitar que la enfermedad se instalase al emplear programas de prevención, por medio de una red de servicios comunitarios y postular la humanización de los tratamientos, teniendo como meta la "promoción de la salud mental".

Para algunos autores (Leone, 2000; Paulin y Turato, 2004; Santos, 1994), el gran motivo de las políticas preventivas, en realidad, era el de bajar el coste que representaba para el Estado la gestión de los ingresos hospitalarios, pues demandaban grandes sumas de dinero público. Ese modelo produjo en contrapartida la ampliación de los horizontes de la acción psiquiátrica, una vez que permitió expandir su poder

normalizador por encima de los muros de los asilos, alcanzando el tejido extra-asilar. Produjo, con ello, lo que estos autores denominarían "psiquiatrización de lo social", según la cual cualquier acto humano que extrapole los patrones sociales establecidos pasará a ser "psiquiatrizable" y candidato al empleo de medicación psicotrópica (Leone, 2000; Paulin y Turato, 2004). La diferencia es que ahora esta gestión pasa a ser responsabilidad compartida entre los usuarios, familiares y miembros de la comunidad. Veamos las palabras del propio Caplan (1980) en su propuesta de libre auto-gobierno:

La psiquiatría preventiva es una rama de la psiquiatría, pero también hace parte de un esfuerzo comunitario más amplio, en que los psiquiatras ofrecen su contribución especializada a un todo más grande. En mi opinión, la psiquiatría preventiva debe ser incluyente. Debe lidiar con todos los tipos de disturbios mentales en personas de todas las edades y clases, porque nuestro encuadre es sobre el problema total con que la comunidad se enfrenta, y no solamente sobre los problemas de determinados individuos o grupos. (...) Nuestras actividades como psiquiatras preventivos participan del sistema de seguridad comunitaria total, por medio de las cuales se mantiene bajo control las respuestas socialmente desviantes y la formación indebida de víctimas individuales. (pp. 31-32)

Continúa su argumentación añadiendo que "la psiquiatría preventiva debe tener en cuenta todos los recursos de diagnóstico y tratamiento, tanto si están bajo el control gubernamental como privado". Estos argumentos vinculan la psiquiatría preventiva a una lógica de la gubernamentalidad liberal, pues se presenta como un dispositivo de seguridad (Foucault, 2006, p. 45) en que los modos de intervención operarían sobre los libres y azarosos movimientos de la población en sus contextos colectivos (y no solamente en espacios cerrados y controlados como asilos), utilizando recursos públicos y privados. Son éstas las razones que hacen que la lógica preventiva-comunitaria sea considerada una reforma dentro del modelo clásico de la psiquiatría, como hemos visto arriba, que con su críticas conllevó a la estructura asilar una extensión del dominio de la psiquiatría al espacio público, modificando la lógica asilar al introducir un modo liberal de gestión en el tratamiento de la locura, aunque no haya producido roturas profundas con el modelo asilar.

El modelo preventivo-comunitario en Brasil, según Luiz Cerqueira (1984, como se cita en Paulin y Turato, 2004, p. 251), "ha sido útil como una bella ideología, pero poco puesta en práctica". Apunta hacia una mudanza en la lógica de la gestión de la salud mental, sacando del asilo la figura protagonista e introduciendo la libertad como forma terapéutica y de gestión.

Precisamente por ello, la experiencia de las transformaciones en la asistencia psiquiátrica en Santa Catarina, entre los años 1971-1975, durante el gobierno de Colombo Salles, que siguió rigurosamente los principios preventivo-comunitarios, tuvo importancia histórica que debe ser conocida por los estudiosos de la salud mental. Este aspecto será discutido en el próximo apartado.

### La prevención en Santa Catarina de los años 1970

Santa Catarina, durante el Gobierno de Colombo Salles, entre los años 1971-1975, realizó un Plan de Desarrollo de acuerdo con el modelo económico brasileño de la época del régimen militar. Este plan preveía trece programas, entre los cuales estaba el del área de salud (Governo do Estado de Santa Catarina, 1971). El análisis detallado de la situación de la salud en el Estado brasileño apuntó necesidades de cambios infra-estructurales, incluso en el área de la asistencia psiquiátrica, coordinadas por el entonces secretario de Salud, Dr. Enrique Prisco Paraíso.

En esta reforma de la salud, Santa Catarina contó con el apoyo

ción con propuestas substitutivas, el 6 de abril de 2001 la Ley 10.216 finalmente fue aprobada. La principal consecuencia ha sido el embargo de los aparatos asilares, basados en confinamientos involuntarios. Desde entonces, toda internación involuntaria debe (en principio) estar subordinada al Ministerio Público.

fundamental de la Organización Panamericana de Salud (OPAS), que, por ser el representante de la OMS para la América Latina, se encargaba de la promoción de cambios en el sistema de salud de los países que buscaban modificar el modelo centrado en macro-hospitales, lo cual generaba enormes gastos para las arcas públicas (Santos, 1994). En 1971, incluso antes de la realización de la Reunión Especial de los Ministros de Salud de América Latina en Santiago de Chile, que definió el *Plan Decenal de Salud para las Américas*, en 1972 la OPAS ya ejercía su influencia en los cambios en el sistema de salud en Santa Catarina (Viana, entrevista personal, 25 oct. 2010).

Muchas de las modificaciones estaban siendo realizadas en el campo de la salud mental, según el informe del sector de salud de la Acción Catarinense de Desarrollo de 1971-1975, el cual describe la necesidad de la recuperación técnica del hospital Colonia Santana, con la formación de equipos multidisciplinares, la creación de un centro de emergencias psiquiátricas y la implantación de servicios de medicina interna, de enfermería psiquiátrica y de servicios sociales (SES, 1975).

La nueva dirección empezó por modificar la precaria situación de la atención del Hospital Santana. Hasta 1971 se realizó en Santa Catarina, según los testimonios, lo que se puede llamar el modelo de la "Gran Encierro", descrita por Foucault (1978, capítulo 2) para el contexto europeo en el siglo XVIII: se internaba en el hospital a cualquier persona que pudiese causar alguna incomodidad social, ya fueran pobres, inválidos, epilépticos, deficientes mentales e incluso algunos locos. Santa Catarina se había convertido en un verdadero depósito de los indeseados y no había criterios técnicos de internación (Kramer, entrevista personal, 25 oct. 2010). Según Gonçalves (entrevista personal, 19 oct. 2010):

En 1971 empezamos a romper con todo eso, establecer criterios de admisión para los trastornos mentales, basados en la psiquiatría científica. Hemos decidido acabar con toda esta barbarie, empezando por derrumbar las celdas, las gradas y tal. (...) Yo entiendo todo ello como pasajes históricos que tenían que ser vividos.

Así, en el interior del Hospital Colonia Santana los cambios fueron grandes, procurando dar un carácter técnico-científico a la nueva gestión. Por primera vez se contrató un equipo multidisciplinar de salud, conformado por psicólogos, asistentes sociales, enfermeros, clínicos generales, dentistas, bioquímicos, terapeutas ocupacionales, además de los psiquiatras y técnicos de enfermería ya existentes (Araújo, entrevista personal, 15 mayo. 2007). También fueron realizadas diversas acciones que pueden ser catalogadas como de deshospitización, pues buscaban devolver los pacientes a sus familias y comunidades, como un intento de disminuir el número de pacientes internos y de construir la posibilidad de su reinserción comunitaria y familiar, aunque muchas veces ese ideal quedara lejos de realizarse eficazmente (Puel, entrevista personal, 29 set. 2010).

Estas acciones resultaron concretamente de la implementación de acciones de regionalización, o más aun, de la interiorización del cuidado psiquiátrico, buscando disminuir el flujo de pacientes de las regiones más distantes hacia el hospital-colonia, que pasaron a ser tratados, de preferencia, en sus propias comunidades, donde se buscaba mantenerlos productivos, según prerrogativas del nuevo modelo económico para el desarrollo de Brasil. Empieza así el énfasis en el tratamiento ambulatorio con refuerzo en la atención primaria, según preconizaban las tendencias de cambios en el área de la salud pública, como se comprueba en la declaración de Puel (entrevista personal, 29 set. 2010): "los pacientes eran dirigidos hacia las familias, pero antes se hacía todo un trabajo con la secretaría municipal de salud, en el sentido de orientar el tratamiento del paciente, de vincularlo al tratamiento ambulatorio en sus centros de salud regionales".

Ese trabajo fue dirigido por los técnicos de las OPAS, que empezaron a capacitar a médicos generalistas del interior del Estado de Santa Catarina en conocimientos e intervenciones en psiquiatría.

Las OPAS tenían un plan para las Américas, que incluía la mejora de la prevención primaria. En ello estaba previsto "la preparación de 5000 psiquiatras en un período de diez años, para prestar servicios en comunidades de hasta 20.000 habitantes" (Santos, 1994, p. 68).

Con esto, ya en el año 1971, fueron creados ambulatorios de salud mental en 12 ciudades sedes de distritos sanitarios (Santos, 1994), y muchos de estos consolidaron centros ambulatorios específicos de salud mental. De este modo, según el informe del sector salud de la Acción Catarinense de Desarrollo de 1971-1975, al final de la gestión se contabilizó la "implantación de 16 ambulatorios de salud mental en un programa pionero en el país" (SES, 1975, p. 10). Se había establecido la exigencia de que los pacientes psiquiátricos pasaran por el ambulatorio para diagnóstico y medicación con el fin de evitar la excesiva internación.

En estos años también fueron instaladas camas para los enfermos psiquiátricos en hospitales generales de Santa Catarina, en una actitud pionera por aquellos tiempos. Los primeros casos fueron los de Blumenau, a iniciativa del doctor Hercilio Luz Costa, en el Hospital Santa Catarina (Gonçalves, entrevista personal, 19 oct. 2010). Esta actitud obedecía a una sugerencia de la Secretaría Estatal de Salud, que incentivaba la creación de este tipo de centros de atención psiquiátrica en los hospitales de las principales ciudades del interior o de los Centros Regionales de Salud (Santos, 1994).

Estas experiencias no se siguieron realizando íntegramente durante los gobiernos posteriores de Santa Catarina. La herencia de los ambulatorios psiquiátricos continuó por un cierto tiempo, así como la oferta de camas en los hospitales generales. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, el énfasis centrado en el hospital volvió con fuerza garantizando la continuidad de las formas manicomiales. Este cuadro permaneció hasta la implantación de la reforma psiquiátrica brasileña. Así, el primer CAPS no fue creado en el Estado hasta el año 1997 por iniciativa de la Secretaría Estatal de Salud, pero a partir de entonces los otros fueron implantados gradualmente.

### **Santa Catarina y la implantación de nuevas formas de gubernamentalidad a través de la salud mental**

Se constata que fueron muchos los cambios en el escenario de la salud mental en el inicio de los años 1970 en Santa Catarina, siendo una experiencia interesante con respecto a la implantación de los principios de la salud preventivo-comunitarios, pudiendo ser considerada una especie de esfuerzo reformista anterior a la Gran Reforma Estatal de los años 1980-1990. Es posible decir que la provincia de Santa Catarina podría haber reivindicado un papel de vanguardia en los cambios en la asistencia psiquiátrica estatal en los años 1970, siendo ésta la convicción de los entrevistados que consideran que ya se realizaba en aquellos tiempos, pero solamente alcanzaría su consolidación en Brasil en las décadas posteriores. Se implantaron muchos dispositivos que serían desarrollados posteriormente en la reforma sanitaria y psiquiátrica, como por ejemplo el énfasis en la atención primaria a través de las acciones de salud mental en ese nivel, así como la instalación de camas en los hospitales generales, el acento puesto en la deshospitización y la inclusión de equipos multidisciplinares, que llevaron hacia muchas otras conquistas en aquellos tiempos.

Sin embargo, este proceso de transformaciones de la asistencia psiquiátrica en la Provincia de Santa Catarina estuvo lleno de ambigüedades. Una de las más flagrantes fue la relación entre la asistencia pública y la privada. En 1968 fueron inaugurados en Santa Catarina, con el apoyo del gobierno estatal y federal, tres hospitales psiquiátricos privados: uno en Criciúma, la Casa de la Salud Rio Maina; otro en São Jose, el Instituto San José; y el tercero en Joinville, la Clínica Nuestra Señora de la Salud (Santos, 1994).

La visión que los profesionales entrevistados tienen el papel de los

ambulatorios en relación con este período es la de relegar su labor únicamente a la realización de diagnósticos y la administración de medicamentos, así como el control social de los pacientes, evitando que éstos viniesen al hospital con la intención de ser ingresados. O sea, implantaron aquello que se definió como deshospitalización. Pero, concretamente, tal abordaje se desdobló en un aumento significativo de pacientes diagnosticados y en la “medicalización del sufrimiento”, por no cuestionar la lógica de la producción social de la locura, tal como ya denunciaba en estos tiempos la antipsiquiatría o la Psiquiatría Democrática. Según Paulin y Turato (2004):

Programas similares de prevención, como el desarrollado en los Estados Unidos, acarrearán un aumento de la población con atención ambulatoria y extrahospitalaria. (...) La psiquiatría preventiva no llegó necesariamente a las instituciones asilares. Hubo incluso un movimiento de retroalimentación de estas instituciones a través de nuevos contingentes de clientes para el tratamiento mental. (p. 251)

De este modo, el objetivo de rebajar el número de ingresos, conseguida en parte por la disminución del gran número de pacientes sin camas en el Hospital Colonia Santana, en términos estadísticos, no ha ocurrido como estaba previsto por la Coordinación de Salud Mental de la provincia, pues hasta 1975 los números oficiales de ingresos siguieron aumentando en el Estado, haciendo que en este período “Santa Catarina fuese uno de los estados con más alta tasa de ingresos por consulta en Brasil” (Santos, 1994, p. 94).

### Conclusión

En este artículo se ha procurado ante todo describir la experiencia de reforma psiquiátrica que siguió el modelo de prevención en la Provincia de Santa Catarina (Brasil) en la década de 1970. Sin embargo, más que presentar la singularidad de este proceso histórico, nuestro interés era discutir los modos gubernamentales presentes en los procesos reformistas, especialmente los presentes en las políticas brasileñas actuales en salud mental. Aun cuando sean producidos en su interior fuertes enunciados críticos a la propia psiquiatría, se introdujeron figuras de soberanía (como ocurre con todo el tema de la ciudadanía de los enfermos mentales), se probaron dispositivos comunitarios (como las asambleas) y se utilizaron a menudo enunciados políticos de izquierda, pero ninguno de estos aspectos resultaba contradictorio respecto a la presencia de modos de gubernamentalidad liberales en los actuales servicios de puertas abiertas. Así como no hay contradicción entre gobiernos de fuerte acento liberal (como el actual gobierno federativo golpista en Brasil), tampoco la habría entre prácticas disciplinares-policiales como las insinuadas en sus políticas en salud mental. El campo de la gubernamentalidad no se confunde con el campo de los matices políticos. Además, como Foucault (2006) dice con el fin de provocarnos, las prácticas políticas de izquierda no han producido históricamente ninguna nueva forma de gubernamentalidad, a pesar de la novedad de sus teorías políticas. De esta forma apenas trabajarían con los modos ya conocidos de gubernamentalidad. Esto puede producir un extraño parentesco entre la actual reforma predominante con este movimiento ocurrido en Santa Catarina, aunque sea con no pocas contradicciones en términos de filosofía política.

Nuestro principal objetivo no es afirmar que los actores de las reformas brasileñas no han hecho nada más que incluir la locura en una forma liberal de gestión. En este sentido es necesario recordar que las técnicas de gobierno no existen en estado puro y distinto; siempre están mezcladas en nuestros dispositivos de salud. Este carácter cambiante y múltiple de las formas de gobierno es un aspecto al que todo el movimiento reformista debe permanecer atento. Este ejercicio es crucial para lo que Foucault (1995) denomina una “historia crítica del presente”, abriendo nuestra actualidad a otras posibilidades

distintas de lo que ha sido naturalizado y cristalizado con el paso del tiempo.

### Referencias

- Abrasco (2017). *Nota Abrasco contra os retrocessos da CGMAD/MS frente à política brasileira de Saúde Mental*. Extraído deste <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/retrocessos-saude-mental-governo-temer/32436/>
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, Brasil: Fiocruz.
- Amarante, P. (1997). *Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira*. En Fleury (org). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo, Brasil: Lemos Editorial.
- Araújo, C. (2007). *A história da psicologia na Colônia Santana*. Entrevistadora: Daniela Ribeiro Schneider. Florianópolis, (1h). 15 mai. 2007.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro, Brasil: Graal.
- Birman, J. (1978). *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro, Brasil: Graal.
- Borges, C. F.; Baptista T. W. F. (2008). O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 456-468.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1990). *Lei nº 8.080*: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). *Lei nº 10.216*: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.
- Caplan, G. (1980). *Princípios da Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro, Brasil: Zahar.
- Costa, J. F. (2010). *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro, Brasil: Garamond.
- Engel, M. (1995). *A loucura na cidade do Rio de Janeiro: ideias e vivências (1830-1930)*. Campinas, SP. Tese de Doutorado. Campinas, Brasil: Universidade Estadual de Campinas.
- Foucault, M. (1977a). *Vigiar e Punir*. Petrópolis, Brasil: Vozes.
- Foucault, M. (1977b). *História da Sexualidade I. A vontade de Saber*. Rio de Janeiro, Brasil: Graal.
- Foucault, M. (1978). *A história da loucura na Idade Clássica*. São Paulo, Brasil: Perspectiva.
- Foucault, M. (1995). O Sujeito e o Poder En Dreyfuss, H.; Rabinow (Orgs.). *Michel Foucault na trajetória filosófica*. Rio de Janeiro, Brasil: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2001). *Os Anormais* (Curso de 1974-1975). São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Frayze-Pereira, J. A. (2003). Nise da Silveira: imagens do inconsciente entre psicologia, arte e política. *Estudos Avançados*, 17(49).
- Gonçalves, J. (2010). *A história da atenção à saúde mental em SC*. Entrevistadores: Daniela Ribeiro Schneider e equipe. Florianópolis (1h10min). 19 out. 2010.
- Governo do Estado de Santa Catarina. (1971). *Mensagem (do governador) à Assembleia Legislativa – Projeto Catarinense de Desenvolvimento*. Florianópolis, Brasil: Arquivo público do Estado de Santa Catarina.
- Hirdes, A. (2009). A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297-305.
- Kramer, W. (2010). *A história da atenção à saúde mental em SC*. Entrevistadores: Daniela Ribeiro Schneider e equipe. Florianópolis (1h35min). 15 out. 2010.
- Leone, E. (2000). Balanço da Produção Acadêmica Brasileira no Campo da Saúde Mental – 1990/97. *Revista de Ciências Humanas*, 4, 45-53.
- Luz, M. T. (1994). A História de uma marginalização: a política oficial de saúde mental. En , P. Amarante Ed.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (pp. 85-95). Rio de Janeiro, Brasil: Fiocruz.

- Machado, R.; Loureiro, A.; Luz, R.; Muricy, K. (1978). *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Brasil: Graal.
- Melo, M. C. (2006). Da idéia à materialização: a relação Estado-Colônia Santana. *Psychiatry on Line Brasil*, 11.
- Paulin, L. F.; Turato, E. R. (2004). Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 11(2), 241-258.
- Puel, E. (2010). *A história da atenção à saúde mental em Santa Catarina*. Entrevistadores: Daniela Ribeiro Schneider e equipe. Florianópolis (1h25min), 29 set. 2010.
- Rose, N. (1998). *Inventing ourselves*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Rotelli, F. (1994). Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. En Amarante, P. (Ed.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Brasil: Fiocruz.
- Santos, N. A. G. (1994). *Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental*. Florianópolis, Brasil: Letras Contemporâneas.
- Schneider, D. (2011). Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina. En Jacó-Vilela, Ana Maria. (Org). *Dicionário histórico de instituições de psicologia do Brasil* (pp. 327-329). Rio de Janeiro / Brasília, Brasil: Imago / CFP.
- Secretaria Estadual de Saúde (SES). (1975). Ação catarinense de desenvolvimento – 1971-1975. *Relatório do setor saúde* (SAS. M. 54-2, cx 12). Florianópolis, Brasil: Arquivo Público do Estado de Santa Catarina.
- Serrano, A. Í. (2010). *Um paraíso perdido: a formação do saber psiquiátrico no processo de desencantamento*. Inédito.
- Souza, J. (2016). *A radiografia do golpe: entenda como e por que você foi enganado*. Rio de Janeiro, Brasil: Leya.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, 9(1), 25-59.
- Viana, A. (2010). *A história da atenção à saúde mental em Santa Catarina*. Entrevistadores: Daniela Ribeiro Schneider e equipe. Florianópolis (1h20min), 25 out. 2010.