



## ADOCIMENTO MENTAL: ESTIGMA, EXCLUSÃO E CRIMINALIZAÇÃO DA LOUCURA

*Mental Illness: Stigma, Exclusion and Criminalization of Madness*

**Bethânia Buzato Marques<sup>1</sup>; Rubens Correia Junior<sup>2</sup>**

### RESUMO

Este estudo teve como objetivo investigar as implicações históricas, sociais e afetivas do adoecimento mental, caracterizando a relação entre estigma, exclusão e a criminalização da loucura. Ocorreram mudanças na concepção da loucura no decorrer da história, sendo esta concebida de diversas maneiras. Inicialmente não era atribuída representação negativa à pessoa portadora de transtorno mental, podia-se considerar como expressão de uma manifestação divina, ou até mesmo um privilégio. Durante a evolução histórica, a doença mental foi associada a estigmas e a representações negativas e houve o início

---

<sup>1</sup> Mestranda em Psicologia da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Graduada em Psicologia pela Universidade Paulista - UNIP (2013). Aprimorada em Psicologia da Saúde na área de Nefrologia e Transplante Renal no Hospital de Base em São José do Rio Preto. Pós graduada em Psicologia Jurídica no Instituto Paulista de Estudos Bioéticos e Jurídicos - IPEBJ.

<sup>2</sup> Mestrando em Ciências pela USP/Ribeirão Preto - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento de pesquisa em enfermagem. Área: Enfermagem Psiquiátrica. Linha de pesquisa: Promoção de saúde mental / Estudos sobre a conduta, a ética e a produção do saber em saúde. Possui graduação em Direito pela Universidade de Uberaba (2004). É Especialista em Direito Tributário pela Universidade de Franca (2005). Também é especialista em Direito Penal e Processual Penal pela Universidade de Franca (2007) e pós-graduado em CRIMINOLOGIA pela PUC/MINAS(2008/2009). Professor nas pós-graduações em Criminologia, direito público, tributário, psicologia jurídica, ciências forenses, criminal profiling nas instituições da PUC/BH, UNIT/SE, UNIUBE/MG, IPEBJ/SP. Professor de Graduação na FACTHUS/MG. Coordenador do curso de pós-graduação em Criminologia do IPEBJ/SP. Pesquisador do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Saúde Global, Direito e Desenvolvimento GEPESADES/USP. Membro da comissão de Direitos Humanos da OAB/MG. Tem experiência na área de Direito Público, com ênfase em Direito Penal, Criminologia e penal-tributário, atuando como Advogado, consultor e parecerista Jurídico nestas áreas respectivamente. Blog: <http://rubenscorreiajr.blogspot.com.br>

da institucionalização dos portadores de sofrimento mental. Essa concepção vem se transformando, principalmente após o início da Reforma Psiquiátrica, porém esses conceitos ainda se encontram incluídos na sociedade atual e precisam ser re-significados. Neste estudo, foi realizada uma revisão sistematizada da literatura através de livros e bases de dados eletrônicas. Por meio da análise realizada através do levantamento bibliográfico pode-se concluir que ocorreram mudanças na representação da loucura no decorrer da civilização, sendo esta, concebida desde o sentido mítico até uma perspectiva científica. O portador de transtorno mental carrega estigmas referentes à internação, violência e periculosidade, o que culminou em um longo período de exclusão e afastamento da sociedade.

**PALAVRAS-CHAVES:** transtorno mental; estigma; exclusão; criminalização; reforma psiquiátrica.

### **ABSTRACT**

*The study aimed to investigate the historical, social and emotional implications of mental illness, characterizing the relationship between stigma, exclusion and criminalization of madness. Changes occurred in conception of madness throughout history. In the beginning it was not considered a negative feature of the person with mental disorder, it could be considered as an expression of a divine manifestation, or even a privilege. During the historical evolution, mental illness was associated with stigmas and negative representations and there was the beginning of the institutionalization of patients with mental distress. This conception has been transformed, especially after the start of psychiatric reform, but these concepts are still included in our society and must be changed. In this study, a systematic literature review was performed by using books and electronic databases. Through the analysis of literature it can be concluded that there have been changes in the madness of representation in the course of civilization, which is has been conceptualization from a mythical sense to a scientific perspective. Mental patients carries stigmas related to hospitalization, violence and danger, culminating in a long period of exclusion and withdrawal from society.*

**KEYWORDS:** mental disorder; stigma; exclusion; criminalization; psychiatric reform.

### **INTRODUÇÃO**

O adoecimento mental é um tema que desperta interesse e transcende o tempo. São inúmeras as explicações atribuídas a esse fenômeno, trata-se de explicações místicas, religiosas, científicas e de senso comum. O fato é que o tema nunca saiu de evidência e desperta ainda hoje curiosidade, tabu e preconceito.

Este estudo pretende investigar as implicações históricas, sociais e afetivas do adoecimento mental, caracterizando sua relação com estigma, exclusão e a criminalização da loucura, assim como, identificar a mudança do sentido e significado dos transtornos mentais no decorrer do tempo.

Faz-se necessário compreender os avanços conquistados desde o início das manifestações a favor da desinstitucionalização do hospital psiquiátrico e seu regime de internação separatista. Com a Reforma Psiquiátrica foram conquistados direitos humanos e realizadas inúmeras mudanças no modo de lidar com o paciente.

A princípio, será descrito um breve relato histórico a respeito do significado dos transtornos mentais. Na sequência será explanado o sentido dos estigmas e consequente exclusão e criminalização da pessoa portadora de sofrimento mental. Ao final dos capítulos, será demonstrada a situação atual da loucura e sua representação, após o início da reforma psiquiátrica.

## **1. A HISTÓRIA DA LOUCURA**

A proposta deste capítulo é realizar uma abordagem sobre a história da loucura, seu desenvolvimento e repercussão ao longo do tempo. De maneira cronológica, pretende-se demonstrar a visão da loucura na sociedade, da Antiguidade até os dias atuais, considerando o processo de mudança de significado da loucura.

Os registros históricos sobre a loucura remontam à Grécia Antiga. Homero (700 a.C.), apresenta em sua obra um enfoque mitológico-religioso da loucura: aponta que todo ato insensato é determinado pela ação dos deuses, ou porque seus caprichos determinam ou porque estes roubam do homem a razão. A obra de Homero caracteriza, dessa forma, o primeiro modelo teórico da loucura: o modelo mitológico-religioso. Essa concepção persiste ainda nos dias de hoje, na compreensão que alguns portadores de transtornos mentais têm da própria doença, uma vez que ainda se atribui valor religioso ou místico às enfermidades da mente (COCIUFFO, 2012).

Ainda segundo a mesma autora, o enfoque deixa de ser mítico-religioso passando, a uma concepção psicológica da loucura: o produto de conflitos passionais do homem. A loucura deixa de ser concebida como originária dos caprichos e

determinações dos deuses, para se desenvolver a partir do interior do homem, com suas paixões irresistíveis, sede de conflitos entre o desejo e a regra social.

Na sequência histórica, a partir de Hipócrates (460 a.C.-380 a.C.), surge gradualmente uma concepção organicista da loucura. Para ele, a loucura era doença resultante da crise no sistema de humores. O modelo organicista considerado como a terceira forma de concepção da loucura, persiste na Psiquiatria Biológica, que busca a causa da doença mental em alterações orgânicas.

Segundo Silveira e Braga (2005) até o final da Idade Média, o espaço da alteridade radical, era representado pelo “leproso”, entretanto, com a ruptura e neutralização dos focos de infecção, a lepra retira-se e alguns séculos depois, essas estruturas de exclusão social passam a ser ocupadas pela figura do louco. No entanto, apesar de se perceber que desde a Idade Média já existiam mecanismos de exclusão da loucura, ainda não é aí que a loucura vai ser percebida como um fenômeno que requer um saber específico, pois os primeiros estabelecimentos criados para circunscrever a loucura destinavam-se simplesmente a retirar do convívio social as pessoas que não se adaptavam a ele.

Segundo Cociuffo (2012) durante a Idade Média, a loucura foi associada à possessão diabólica, reeditando o modelo mítico-religioso encontrado na obra de Homero, acrescido agora dos valores do Cristianismo. Millani e Valente (2008) retratam que nos tempos da Inquisição, a loucura foi entendida como manifestação sobrenatural, demoníaco e classificada como expressão de bruxaria, cujo tratamento caracterizou-se pela perseguição aos seus portadores, tal como praticado com os considerados hereges. Assim os chamados hereges e os divergentes da ideologia cristã dominante eram considerados loucos, bruxos, feiticeiros, servidores do mal (MILLANI; VALENTE, 2008).

Com o Renascimento (séculos XV e XVI), instala-se gradativamente uma concepção científica da loucura. A Psiquiatria, como especialidade médica apta a tratar da loucura, tem como marco o Tratado de Pinel (1745 – 1826). Pinel priorizou a importância dos aspectos comportamentais da loucura. Essa posição contrariava a tendência da época, que enfatizava a importância das alterações anatomo-fisiológicas como determinantes das psicopatologias (COCIUFFO, 2012).

Em meados do séculos XVII, a loucura, que até então era exaltada como marca do divino, constitui-se em um modo de exclusão, devido às mudanças ocorridas em decorrência do crescimento das cidades, com o poder das relações políticas e com o desenvolvimento da industrialização. Nesse período, foram criados em território europeu os primeiros estabelecimentos para internação, destinados a receber os “loucos”. Essas casas de internamento eram verdadeiros cárceres que aprisionavam uma série de indivíduos: portadores de doenças venéreas, mendigos, vagabundos, libertinos, bandidos, eclesiásticos em infração, os próprios loucos e todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, demonstravam fonte de desordem e desorganização moral (MILLANI; VALENTE, 2008).

No Renascimento, acirrou-se a disputa entre médicos e teólogos pelas históricas. Quando o predomínio da concepção diabólica da histeria se esvanece, graças à revolução de Pinel na Psiquiatria, vilumbra-se o confronto de duas tendências científicas opostas: os organicistas, para quem a histeria era uma doença cerebral, de natureza fisiológica ou de substrato hereditário, e os defensores da psicogênese, que a concebiam como uma afecção psíquica, ou seja, uma “neurose” (COCIUFFO, 2012).

Segundo Amarante (1996), Pinel foi pioneiro no tratamento dos portadores de sofrimento mental. O tratamento baseou-se em medidas humanitárias, no intuito de libertá-los e tratá-los como doentes comuns. Para isso, utilizou-se de estudos e observações, a partir de seus comportamentos. Dessa forma, os transtornos mentais foram considerados como resultado das tensões sociais e psicológicas excessivas, de causa hereditária ou, ainda, originadas de acidentes físicos, desprezando a credence popular de que fossem resultado de possessão demoníaca.

Silveira e Braga (apud FOUCAULT, 2005) afirmam que o século XVIII marca a apreensão do fenômeno da loucura como objeto do saber médico, a razão ocupa um lugar de destaque. Ocorre valorização do pensamento científico e é em meio a esse contexto que ocorre o surgimento do hospital com o propósito de espaço terapêutico. Porém, para garantir seu funcionamento, o modelo hospitalar necessitava da instauração de medidas disciplinares que viessem garantir a nova ordem. Dentro desse espaço, percebe-se uma institucionalização das relações, tornando-se um mundo à parte, afastando cada vez mais o indivíduo de suas relações exteriores. O discurso que alimenta esse sistema percebe os “loucos” como seres perigosos e inconvenientes que,

em função de sua “doença”, não conseguem conviver de acordo com as normas sociais. Retira-se, então, desse sujeito todo o saber acerca de si próprio e daquilo que seria sua doença, ao mesmo tempo em que se delega esse saber ao especialista.

A história da loucura pode ser considerada como paralela, ou mesmo intrínseca, à história da humanidade, na perspectiva da loucura enquanto perda total ou parcial, permanente ou temporária da consciência, da capacidade racional e do controle das emoções. Considerando a loucura enquanto um fenômeno especialmente humano, pode-se pressupor que por sua peculiar estranheza esteja acompanhando o Homem desde os tempos mais remotos, desde o início do reconhecimento pelo homem de sua própria existência (PACHECO, 2009).

## **2. ESTIGMA E EXCLUSÃO**

O termo estigma surgiu através dos gregos e se referia a sinais corporais que evidenciavam algo de negativo sobre o status moral do indivíduo. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo e advertiam que o portador era um escravo, um criminoso, traidor, ou seja, uma pessoa marcada e que deveria ser evitada, especialmente em lugares públicos (GOFFMAN, 1988).

Para compreender a exclusão dos portadores de transtorno mental ao longo dos séculos, é importante vislumbrar a dicotomização presente na sociedade entre “normais” e “anormais”. A norma, socialmente estabelecida, é um recurso disciplinador das relações sociais. O normal corresponde a um determinado critério estatístico, que se estabelece a partir do que é avaliado como desejável por uma parcela da sociedade durante um período. Já o anormal corresponde à negação lógica, anterior à norma (CORREIA JR; VENTURA, 2014).

Goffman (1988) menciona três tipos de estigmas diferentes. Em primeiro lugar, há as abominações do corpo, ou seja, as várias deformidades físicas. Em segundo, as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, tentativas de suicídio e etc. Finalmente, há os estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e “contaminar” por igual todos os membros de uma família. Os

exemplos citados apresentam as mesmas características sociológicas, pois, um indivíduo que poderia estabelecer facilmente relações sociais, possui um traço que pode impor-se, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus.

Em *A história da loucura*, Foucault (2005) expõe que a estigmatização do “louco” prevaleceu ao longo dos tempos e levou a uma exclusão social desses indivíduos, fazendo-os viverem à margem da sociedade dita normal.

Pode-se afirmar que os manicômios e hospícios, na verdade, serviam como um depósito de pessoas indesejáveis. A finalidade médica praticamente não existia, sendo a função principal dessas casas a restrição de liberdade de determinada parcela da sociedade, seu isolamento e aniquilação, ou seja, sua exclusão social (GOFFMAN, 2005).

Segundo Correia Jr. e Ventura (2014), naquele período, devido à amplitude das medidas profiláticas, o que se vislumbrava eram instituições repletas de loucos, desempregados crônicos, libertinos, portadores de doenças crônicas e venéreas, ou seja, sujeitos heterogêneos e alheios à sociedade, pessoas estigmatizadas e dispensáveis à engrenagem social. O portador de transtorno mental passou então a ser considerado como enfermo, o que lhe proporcionou o direito à assistência e tratamento. No entanto, tal rotulação teve como efeito colateral a consolidação da exclusão desses sujeitos da sociedade. Iniciou-se gradativamente o processo de exclusão e estigmatização das pessoas que sofriam de transtorno mental.

Segundo Wanderley (2002), o caráter de naturalização da exclusão é reforçado e reproduzido por meio de representações, crenças e estigmas, os quais também são naturalizados. Este autor define estigma como cicatriz, denotando claramente o processo de qualificação e de desqualificação do indivíduo na lógica da exclusão.

A pesquisa fenomenológica realizada por Moreira e Melo (2008) expõe que há um “segredo” pela imagem negativa da doença mental, ou seja, por medo das reações negativas das pessoas, alguns entrevistados não contam que têm doença mental. Esta foi a questão que os entrevistados mais apontam como sendo motivo de experienciar o estigma, pois precisam esconder do outro a sua doença para que estes não os tratem como diferentes, como “loucos”.

Em *Estigma*, Goffman (1988) transcreve a declaração de uma esposa de um paciente portador de transtorno mental: "*Vivo presa de terror - verdadeiro terror - de que alguém possa contar tudo ao meu filho*". Outro exemplo versa sobre a influência desacreditadora da instituição, pois mesmo após a saída do sujeito, pode-se esperar o

surgimento de um ciclo de encobrimento. Como em um hospital de tratamento psiquiátrico, descobriu-se que os pacientes que reingressavam na comunidade frequentemente planejavam encobrir-se até certo ponto.

Os resultados encontrados por Moreira e Melo (2008) também apresentaram o *autoestigma* gerado pelo sentimento de impotência e inutilidade. Pode-se identificar a sensação de impotência ocasionada pela doença mental, pois há um aprisionamento do sujeito aos limites impostos concreta e simbolicamente pela doença.

A exclusão engloba, além da discriminação, a subalternidade, a não-equidade, a não-acessibilidade e a representação pública. Essa crença na incapacidade do doente mental para a independência e para o trabalho qualificado sustenta o crescimento do número de internos aposentados em idade útil, o que vem aumentar as reinternações e agravar a exclusão, segundo uma sociedade capitalista, em que a produtividade é parâmetro para inclusão social (WANDERLEY, 2002).

### **3. CRIMINALIZAÇÃO DA LOUCURA**

O estigma que relaciona a loucura a algo místico e até demoníaco permanece ainda no imaginário de parte da população, assim como o estigma de criminalidade e violência.

Segundo Young (2002) o essencialismo cultural permite que as pessoas acreditem na sua superioridade inerente e sejam ao mesmo tempo capazes de demonizar o outro como depravado ou criminoso. Pode-se perceber a dificuldade em lidar com aquele que é diferente, principalmente com o portador de transtorno mental. Essa rejeição intensifica-se quando a pessoa internada, além de insana, cometeu um crime (PEREIRA, 2013).

A partir da evolução histórica, pode-se perceber que a doença mental sempre esteve cercada de misticismos, rituais, superstições, e que pessoas acometidas por sofrimento mental sempre foram associadas à violência, ou seja, ser louco é ser violento, o que representa uma ameaça à sociedade que busca então afastá-lo de seu convívio (SANTOS; SOUZA; SANTOS, 2006).

Pode-se constatar o fenômeno da loucura como uma construção histórica e social, e o direito como uma engrenagem que pode auxiliar e concretizar as políticas

segregadoras e desiguais relacionadas aos transtornos mentais, a partir do momento que edifica leis que respaldam o cerceamento à liberdade, limitam as singularidades, patrocinam a estigmatização e a segregação de sujeitos (CORREIA JR; VENTURA, 2014).

No Brasil, quanto aos chamados “criminosos loucos”, o Código Penal de 1890 apenas dizia que eram penalmente irresponsáveis e deviam ser entregues as suas famílias ou internados nos hospícios públicos se assim “exigisse” a segurança dos cidadãos.

Em seguida, a partir da legislação de 1903, no bojo das reformas introduzidas no Hospício Nacional de Alienados, localizado no Rio de Janeiro, cria-se uma seção especial para abrigar os “loucos criminosos”. Significativamente, a seção foi batizada de “Seção Lombroso”, em homenagem ao psiquiatra e antropólogo criminal italiano César Lombroso que, notabilizou-se por desenvolver uma teoria segundo a qual alguns indivíduos, a quem designa de “criminosos natos”, nasceriam com uma marcada tendência para o mal. Em 1921 surgia então o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, primeira instituição do gênero no Brasil. Depois de 1986, no bojo das reformas da legislação penal brasileira, passou a ser designado como Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) Heitor Carrilho (CARRARA, 2010).

São em instituições desse tipo que são mantidos, através de medidas de segurança, os indivíduos que, por sofrerem algum tipo de doença ou distúrbio psíquico, são considerados penalmente irresponsáveis por algum crime ou delito. Segundo Pereira (2013) as medidas de segurança, por sua vez, oprimem e segregam infratores com transtorno mental, atribuindo aos internos uma adjetivação depreciativa de “louco” infrator.

Trata-se de um hospital-prisão que visa a assegurar a custódia e o tratamento do internado. O HCTP, em sua essência, é ambivalente e ambíguo, pois agrupa não só características hospitalares como equipe de saúde, como também características de presídio, simbolizadas pelo sistema de segurança composto por guardas, muros altos, grades e cadeados (SANTOS; SOUZA; SANTOS, 2006).

Szasz (apud PEREIRA, 2013) pontua que a Psiquiatria Institucional articula a arbitrariedade dos juízos psiquiátricos junto às sanções penais que no Direito brasileiro, se dá através do modelo jurídico-terapêutico-punitivo-prisional, que é na verdade, uma

forma de eugenia social. O interno se submete ao regime penal e não terapêutico, ou seja, vira refém da própria enfermidade e, em razão dela, abdica dos direitos de personalidade: ao não lhe facultar o consentimento acerca dos tratamentos destinados, tortura-se e maltrata-se psicofísica e moralmente.

Faz-se necessário optar, pois a loucura apaga o crime. A loucura não pode ser o lugar do crime e, inversamente, o crime não pode ser, em si, um ato arraigado na loucura. Pelo princípio da porta giratória: quando o patológico entre em cena, a criminalidade, nos termos da lei, deve desaparecer. A justiça não pode ter competência sobre o louco, ou melhor, a justiça deve se declarar incompetente quanto ao louco, a partir do momento em que reconhecer como tal: princípio da soltura, no sentido jurídico do termo (FOUCAULT, 2005).

Correia Jr e Ventura (2014), ressaltam que apesar da mudança de paradigma no tratamento dos portadores de transtorno mental nas últimas décadas, o considerado “louco infrator” não se favoreceu das evoluções trazidas pela reforma psiquiátrica, não tendo os benefícios nem mesmo da Lei de Execuções Penais. As pessoas internadas em um manicômio judicial continuarão a carregar no mínimo três estigmas: criminosas, loucas e perigosas.

Os infratores que padecem de sofrimento mental são esquecidos dentro dos manicômios judiciais, que, embora recebam o nome de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico são verdadeiras prisões que muitas vezes não oferecem tratamento adequado a esses pacientes (PEREIRA, 2013).

Goffman (2005) salienta que uma única estrutura de relações sociais poderia ser encontrada tanto em presídios quanto em manicômios, ambos podendo ser bem compreendidos através do conceito de instituição total.

Segundo Teixeira (et al. 2007) um ato grave de violência cometido por uma pessoa com transtorno mental é um evento relativamente raro. Entretanto, quando ocorrem episódios de grande repercussão na mídia, o tema retoma o foco de atenção e debate. Essa relação é intensamente reforçada por aspectos culturais e históricos, que associam “loucura” ao crime.

A imagem do portador de sofrimento mental vem frequentemente associada a comportamentos violentos e agressivos e os estereótipos de periculosidade e de

incompreensibilidade encobrem ou impedem que a situação de sofrimento seja superada. (MACIEL, et al, 2008).

#### **4. REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Segundo Pitta (2011) os anos 70 foram marcados pelo modelo hegemônico asilo-manicomial na assistência aos portadores de sofrimento mental. Durante a ditadura militar, também conhecida como era da "indústria da loucura", foram construídos grandes manicômios privados sustentados por recursos públicos. Em 1978 esses leitos já ultrapassavam 70 mil e a exclusão da loucura veio a se tornar uma grande indústria, pois a internação, financiada pelo Estado e entendida como principal recurso terapêutico, configurou-se como grande fonte de lucro para donos de hospitais.

Surgiu então a proposta da reforma psiquiátrica, iniciada nos anos 70 na Europa e nos Estados Unidos, que se converteu em um amplo movimento social em defesa dos direitos humanos dos "loucos" e dos excluídos da razão. A reforma psiquiátrica surgiu para questionar a instituição asilar e a prática médica e para humanizar a assistência, fazendo com que houvesse ênfase na reabilitação ativa em detrimento da custódia e da segregação (MACIEL, et. Al 2008).

Timidamente, em 1978, deu-se início à reforma psiquiátrica no Brasil e através do auxílio do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formularam-se propostas e alternativas ao sistema de isolamento e internação vigentes. Entretanto, foi apenas em 1980 que o movimento efetivamente ganhou corpo e se concretizou nas políticas de saúde no Brasil, com o redirecionamento das políticas públicas de saúde, pautadas nas internações por tempo indeterminado e hospitalocêntricas, para políticas estruturadas na cultura antimanicomial, comunitária e ambulatorial com o objetivo de reincluir socialmente o portador de transtorno mental e recompor sua dignidade enquanto pessoa. (BASAGLIA, 1985).

Sobretudo, o MTSM, através de variados campos de luta, passou a protagonizar e a construir a denúncia da violência dos hospitais psiquiátricos, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Em 1987, 1992 e 2001, foram realizadas as Conferências Nacionais de Saúde Mental, o que possibilitou a delimitação dos objetivos da reforma psiquiátrica brasileira atual e a proposição de serviços substitutivos ao modelo hospitalar. Dentre os marcos conceituais desse processo, destacam-se o respeito à cidadania e a ênfase na atenção integral, onde o processo saúde/doença mental é entendido dentro de uma relação com a qualidade de vida (MACIEL, et. Al. 2008).

Iniciou-se então o surgimento das primeiras propostas para a reorientação da assistência. Neste período, surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS no Brasil, em 1987, na cidade de São Paulo e o início de um processo de intervenção. Esta intervenção demonstrou de forma inequívoca, a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, foram implantados no município de Santos os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) com funcionamento de 24 horas, e foram criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos, passou a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tratou-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exeqüível (BRASIL, 2005).

A partir da lei 10.216 de 06 de abril de 2001, instituiu-se a Reforma do Modelo de Assistência em Saúde Mental no Brasil, que prevê, principalmente, a redução do número de leitos para internação e a criação de centros de atenção psicossocial (CAPS), com função de promover o tratamento sem internação (FERNANDES; MENEGÓCIO, 2010).

Os CAPS, dentro da política de Saúde Mental na atualidade, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção. Dessa maneira, eles não trabalham isoladamente, sendo integrados a uma rede de serviços que inclui: atenção básica, Residências Terapêuticas, ambulatórios e os centros de convivência (CABRAL et. Al. 2015).

A Lei 10.216/2001 estabeleceu a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. Nesse projeto de lei ficou sedimentado o leque de direitos do portador de transtorno mental, que consiste, dentre outras coisas, em ser atendido no melhor sistema de saúde, ser tratado com humanidade, ser acolhido com respeito, visando sempre a sua recuperação

no grupo familiar e social, juntamente com a devida proteção contra abusos e preconceitos (CORREIA JR; VENTURA, 2014).

Desse modo, instituiu-se um novo tratamento para os pacientes com transtorno mental e iniciou-se o estabelecimento de políticas públicas que, apesar de terem vigorado muitas vezes apenas na perspectiva moral, abordaram materialmente um tratamento humanitário aos sujeitos com transtorno mental, sugerindo uma nova ordem pautada na assistência familiar e médica, sem o ranço do internamento. (PEREIRA, 2013).

A Lei 10.216 pôs fim ao sistema asilar e determinou que o tratamento das pessoas com deficiência mental fosse feito em hospitais gerais e em CAPS. Entretanto, apesar dessa abordagem humanista proposta, a situação no campo prático mostra-se divergente (PEREIRA, 2013).

Os CAPS são classificados em três tipos distintos: CAPS I, CAPS II e CAPS III. Os CAPS I oferecem atendimento a um território cuja população seja de até 50.000 habitantes; Os CAPS II podem chegar a atender a uma região de até 100.000 habitantes, e os CAPS III, que funcionam durante vinte e quatro horas, todos os dias da semana, podem abranger uma área de até 150.000 habitantes (CABRAL, et. Al. 2015).

A rede de atenção à saúde mental, composta por CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

Na saúde mental luta-se contra muros visíveis e invisíveis, contra modos sutis e violentos de cerceamento da liberdade do homem louco, obstáculos que impedem estes sujeitos de existirem em sua singularidade e de pertencerem ao mundo civilizado e cidadão. A institucionalização da loucura expressa um dos mais completos e sólidos processos de desumanização, pois articula dois modos distintos e complementares de violência: à segregação dos corpos se articula ao processo de exclusão e anulação da subjetividade (TRAJANO; SILVA, 2012).

Em relação aos avanços após o início da reforma psiquiátrica, vale ressaltar que a reforma, assim como a Lei 10.216/01, sofrem algumas limitações e críticas quanto a sua efetividade. Pode-se afirmar que as alterações legais não trouxeram mudanças

significativas no tocante aos manicômios judiciais, nem determinaram com precisão as diretrizes e políticas públicas a serem edificadas para garantir o que a lei institui (CORREIA JR; VENTURA, 2014).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira compreende que a superação do paradigma psiquiátrico não envolve somente o desmonte dos hospitais, mas de todas as relações de poder no entorno do objeto doença, que podem estar até mesmo nos serviços que se estruturam de modo diferente do manicômio. Faz-se necessário pensar o campo da saúde mental como um processo que é socialmente complexo, envolvendo as dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. (SANTOS; OLIVEIRA; MIRANDA, 2013).

Segundo Silva (2012), o fechamento dos hospitais psiquiátricos consumado nos anos de vigência da lei, não foi acompanhado pela adaptação dos hospitais públicos às necessidades específicas para atender aos pacientes, e tampouco foram criados Centros de Atenção Psicossocial em número minimamente necessário. Pitta (2011) refere que não houve a implantação de um número suficiente de CAPS com funcionamento 24h e estrutura adequada para acolher os pacientes em situações de crises (PITTA, 2011).

A Política Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica tão almejada e difundida, ainda hoje enfrenta grandes desafios, relativos, principalmente, a uma falta de articulação entre os setores de saúde, bem como à um déficit considerável de fortalecimento desta política (CABRAL, et. al. 2015).

A assistência integral aos pacientes portadores de sofrimento mental requer um trabalho interdisciplinar que deve estar sustentado numa rede de serviços em constante comunicação e compartilhamento de ações. Faz-se necessário a capacitação técnica dos profissionais de saúde, assim como disposição política para inclusão da saúde mental na agenda das discussões em saúde. Se não houver um trabalho nesse sentido, corre-se o risco de se reproduzir antigos modelos de tratamento, dentre eles a medicalização inadequada e exacerbada dos usuários, o assistencialismo e o modelo médico-centrado (SANTOS; OLIVEIRA; MIRANDA, 2013).

As medidas normativas representam o primeiro passo em direção a uma sociedade mais igualitária, democrática e plural. A Reforma Psiquiátrica e os movimentos de luta antimanicomial são o início de uma árdua trajetória de

desconstrução entre o binômio “normal x anormal”, colaborando com a diminuição da opressão e segregação social dessa minoria (CORREIA JR, VENTURA, 2014).

A humanização na saúde mental deve ter sentido mais ampliado. É preciso ir além da abolição das práticas que violam direitos e desrespeitam a cidadania. Faz-se necessário o reconhecimento do outro como ser igual em direitos, e radicalmente distinto em sua subjetividade. Quando a saúde se humaniza ela descobre, ou melhor, redescobre algo que não devia ter esquecido: que a prática é a arte humana de buscar alívio para a dor, e como arte que é, é também instrumento de invenção de novos modos de existir (TRAJANO; SILVA, 2012).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por meio da análise realizada através do levantamento bibliográfico, pode-se concluir que ocorreram mudanças na representação da loucura no decorrer da civilização. A loucura foi concebida de diversas maneiras ao longo dos séculos, adquirindo desde um sentido mítico até uma visão científica.

A loucura, e conseqüentemente o portador de transtorno mental carregam estigmas referentes à internação, violência e periculosidade, o que culminou em um longo período de exclusão e afastamento da sociedade. Essa exclusão se deu por meio das práticas segregadoras impostas pelo Estado e pela própria concepção equivocada construída nesses anos vigentes.

O estigma e a exclusão se agravam quando em meio a uma crise e, não podendo entender ou autodeterminar-se adequadamente, o portador de transtorno mental comete um delito. Para essas pessoas são designadas as Medidas de Segurança em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Esses locais pouco se adequaram às normas após a reforma psiquiátrica e a Lei 10.216 de 2001, sendo caracterizadas como instituições ambivalentes, permeando entre hospital e prisão.

Dentre as vertentes da Reforma Psiquiátrica, uma das principais é a desinstitucionalização do modelo manicomial e a proposição de medidas terapêuticas extra hospitalares. Ocorreram muitas mudanças após a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, tendo sido instituído um novo modelo de assistência em saúde mental no Brasil com a criação de centros de atenção psicossocial (CAPS), com função de promover o

tratamento sem internação. Apesar das melhorias, ainda há muito que se discutir e implementar. Para a real efetivação dos preceitos presentes na Lei 10.216, faz-se necessário a criação de maior número de CAPS capazes de acolher os usuários e suas famílias, assim como pacientes em estado agudo.

É necessária também uma reflexão sobre a necessidade da inclusão e do respeito à pessoa com transtorno mental. Uma desconstrução gradual do estigma salientado e uma luta constante contra violência e o preconceito contra todas as minorias.

Portanto, deve-se ampliar o sentido de humanização em saúde mental. Pode-se concluir que este estudo contribuirá para futuras pesquisas, ampliando o conhecimento a respeito do adoecimento mental, assim como desmistificando conceitos e expandindo a visão sobre o tema, com o objetivo de produzir conhecimento e reduzir a discriminação.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **O homem e a serpente. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 27-32. 1996.

BASAGLIA, F. **A instituição negada:** relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm)>. Acesso em: 10 de janeiro de 2016.

BRASIL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília, 2005. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)> Acesso em: 26 de dezembro 2015.

CABRAL, S. A. A. de O. et al. A política antimanicomial e a reforma psiquiátrica no contexto da saúde pública: uma revisão de literatura. **Informativo Técnico do Semiárido**, Pombal, v. 9, n. 1, 2015.

CARRARA, S. L. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2010.

COCIUFFO, T. **Encontro marcado com a loucura**: Ensinando e aprendendo psicopatologia. São Paulo: Luc, 2012.

CORREIA JR, R.; VENTURA, C. A. O tratamento dos portadores de transtorno mental no Brasil—da legalização da exclusão à dignidade humana. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 40-60, 2014.

FERNANDES, E. R.; MENEGÓCIO, A. M. Luta antimanicomial: envelhecendo com transtorno mental crônico institucionalizado. **Revista de Psicologia**, Indaiatuba, v. 13, n.18, 2010.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4.ed. Rio Jan.: LTC, 1988.

MACIEL, S. C. et al . Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. **PsicoUSF**, Itatiba, v.13, n.1, jun. 2008 .

MILLANI, H. F. B.; VALENTE, M. L. L. C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v.4 n.2, ago. 2008.

MOREIRA, V.; MELO, A. K. “Minha doença é invisível!”: revisitando o estigma de ser doente mental. **Interação em Psicologia (Qualis/CAPES: A2)**, Fortaleza, v.12, n.2, 2008.

PACHECO, J. G. **Reforma Psiquiátrica, uma realidade possível**: Representações sociais da loucura e a história de uma experiência. Curitiba: Juruá, 2009.

PEREIRA, S. C. de D. A criminalização da loucura no modelo jurídico-terapêutico-punitivo-prisional dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. **Revista da SJRJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.37, 2013.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: Instituições, atores e políticas. **Ciências & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.16, n.12, 2011.

SANTOS, C. B. T dos.; Oliveira, T. F. K.; Miranda, L. Estudo da demanda de um Centro de Atenção Psicossocial de uma cidade de médio porte: imagens dos desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **IGT na Rede**, Rio de Janeiro, v.10, n. 19, 2013. Disponível em <http://www.igt.psc.br/ojs> Acesso: 27 de dezembro 2015.

SANTOS, M. L. S. C. dos.; SOUZA, F. S. de.; SANTOS, C. V. S. C. dos. As marcas da dupla exclusão: experiências da enfermagem com o psicótico infrator. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.spe, p. 79-87, 2006.

SILVA, A. T. Propósito da diversidade, cultura e saúde mental: novas dimensões para a compreensão da loucura. **Ver. Bras. de Ciências da Saúde**, v.16, n.3, p. 435-438, 2012.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.4, p.591-595, 2005.

TEIXEIRA, E. H. et al. Esquizofrenia, psicopatologia e crime violento: uma revisão das evidências empíricas. **J Bras Psiquiatr.**, Campinas, v.56, n.2, p.127-133, 2007.

TRAJANO, A. R. C.; SILVA, R. Humanização e reforma psiquiátrica: a radicalidade ética em defesa da vida. **Revista Polis e Psique**, Belo Horizonte, v.2, n.3, p.16, 2012.

WANDERLEY, M. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: B. Sawaia (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 2002.

YOUNG, J. **A sociedade excludente: exclusão social, criminalidade e diferença na modernidade recente**. Rio de Janeiro: Revan, 2002.