



Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Centro de Artes Humanidades e Letras
Colegiado de Serviço Social

IMPREGNAÇÃO HISTÓRICA DO ESTIGMA DA LOUCURA: opinião e
conhecimento da comunidade de Cachoeira acerca do CAPS.

Cristiane Souza Coelho

Cachoeira – BA
2017

Cristiane Souza Coelho

IMPREGNAÇÃO HISTÓRICA DO ESTIGMA DA LOUCURA: opinião e conhecimento da comunidade de Cachoeira acerca do CAPS.

Trabalho monográfico apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no semestre 2017.1, enquanto pré-requisito para a obtenção do grau de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Sílvia de Oliveira Pereira

Cachoeira – BA

2017

CRISTIANE SOUZA COELHO

IMPREGNAÇÃO HISTÓRICA DO ESTIGMA DA LOUCURA: opinião e conhecimento
da comunidade de Cachoeira acerca do CAPS

Cachoeira – BA, aprovada em 16/10/2017.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Silvia de Oliveira Pereira
(Orientadora – UFRB)



Prof.ª Ms. Queli Nascimento Santos

(Membro Interno – UFRB)



Belª Assistente Social Érika de Britto Rio

(Membro Externo)

AGRADECIMENTOS

Agradeço esta vitória primeiramente a Deus, que tudo fez, sustenta e mantém por intermédio dos seus propósitos impenetráveis. Que nos momentos de dificuldade não permitiu que eu desistisse. À minha mãe, que mesmo não tendo noção de todas as vezes que tive que deixá-la sob cuidados de outra pessoa, foi paciente em me esperar contente, perguntando, mesmo sem uma frase conseguir formar, se tinha dado tudo certo, uma comunicação ímpar entendida ao pé da letra. Deus sabe quantas vezes pedi que concebesse sua saúde para que pudesse continuar mantendo o foco e não desistir. Mãe, a senhora é a melhor mãe do mundo, é meu equilíbrio, é meu tudo, minha razão, te vivo todos os dias, te dedico todo meu esforço acadêmico. Fui iluminada por Deus quando ele colocou na minha vida mais duas pessoas a quem tenho muito carinho e consideração, minhas mãezinhas do coração: Dona Zéu e Dona Lêda que se preocupam comigo, esse amor me torna forte e capaz de superar as dificuldades da vida, vocês significam muito pra mim. Agradeço também a uma pessoa mais que especial, Lívia, que compartilhou comigo momentos de muita aflição e tensão. A minha irmã Magna, que dividiu comigo os cuidados de nossa mãe, quando precisava sair para os estudos. À minha família de forma geral, pois são os alicerces da minha vida, sem eles eu não teria condições. Agradeço imensamente também a minha amiga irmã Angélica, te admiro muito e agradeço todos os dias por tê-la em minha vida. Tão importantes quanto, quero agradecer de forma muito especial às minhas orientadoras acadêmica e de Campo, Silvia e Erika, à minha colaboradora Queli, muito obrigada pelas contribuições, aprendi muito com vocês, levarei essas experiências pra sempre.

“É ótimo celebrar o sucesso, mas mais importante ainda é assimilar as lições trazidas pelos erros cometidos”.

Bill Gates

RESUMO

Com o advento da reforma psiquiátrica, cuja proposta é retorno do usuário à sociedade, por vezes, o coloca em situação de vulnerabilidade social, as pessoas continuam atrelando ao usuário o estigma da loucura. Compreender a postura da sociedade frente ao transtorno mental contribui para essa quebra de paradigma. Para isso foi realizada revisão de literatura, discussão, leitura da legislação brasileira e também uma pesquisa qualitativa realizada na cidade de Cachoeira no entorno do CAPS Ana Nery. Os dados da pesquisa comprovam o estigma da loucura, caracterizado por uma barreira no convívio social, condicionando o usuário a limitações sociais.

Palavras-chave:

Loucura, estigma, transtorno mental, comunidade, autonomia, exclusão, reinserção, hegemonia, reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

With the advent of psychiatric reform, whose proposal is the user's return to society, sometimes puts him in a situation of social vulnerability, people continue to attach to the user the stigma of madness. Understanding the posture of society in the face of mental disorder contributes to this paradigm break. A review of the literature, discussion, reading of the Brazilian legislation and a qualitative research was carried out in the city of Cachoeira, in the vicinity of CAPS Ana Nery. The data of the research prove the stigma of madness, characterized by a barrier in the social life, conditioning the user to social limitations.

Keywords:

Madness, stigma, mental disorder, community, autonomy, exclusion, reintegration, hegemony, psychiatric reform.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 LOUCURA E ESTIGMA | 15 |
| 3 REFORMA PSIQUIATRA E SAÚDE MENTAL..... | 28 |
| 4 REPRESENTAÇÕES SOBRE Saúde Mental na comunidade de Cachoeira..... | 32 |
| 4.1 Transtorno mental: conhecimento sobre o tema..... | 32 |
| 4.2 Conhecimento acerca do CAPS..... | 35 |
| 4.3 Reação Social Diante do Transtorno Mental | 40 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 43 |
| REFERÊNCIAS | 45 |

1 - INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho teve como motivação enquanto uma construção social a estigmatizada a observação acerca a relação que a sociedade estabelece com a pessoa com transtorno mental. A perspectiva de posicionar a comunidade como coadjuvante da exclusão dessas pessoas, o que reflete diretamente em seu tratamento e na sua participação nos diversos espaços da vida cotidiana.

Com a perpetuação do estigma percebe-se que a sociedade ainda não está apta pra receber o usuário e conviver com o princípio básico que é o respeito. O que mobiliza essa pesquisa é a necessidade de compreensão sobre o que exatamente essa comunidade pensa a respeito da loucura, pois, apenas com essa compreensão é possível pensar caminhos para que esse convívio realmente aconteça, entendendo que a comunidade é coadjuvante desse tratamento.

A privação do direito à liberdade é constantemente demonstrada pelos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial quando verbalizam que preferem não fazer atividades em locais públicos: que preferem a reclusão. Evitam sair sozinhos ou em grupos, pois quando saem, são constrangidos e taxados como loucos. Muitos relatam a dificuldade que encontram em frequentar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) porque sabem que serão apontados na rua como loucos e sofrem humilhações. Em muitos casos sofrem agressões verbais e físicas¹.

Após a reforma psiquiátrica brasileira, por volta da década de 90 do século XX surge a construção de uma rede de serviços de inclusão libertária, assim como estratégias de ações descentralizadas, que rompem com o modelo de tratamento pautado nos manicômios que afastavam dos usuários a perspectiva de convívio familiar, social e em grupo. Um dos dispositivos desses serviços são os Centros de Atenção Psicossociais como institutos de saúde mental que pretendem proporcionar ao usuário um tratamento humanizado.

O modelo manicomial adotado como forma de tratamento para o transtorno mental construiu durante séculos um estigma sobre a loucura e afastou o indivíduo do convívio social. A proposta do modelo do CAPS tem o desafio de ruptura, na

¹ Retirado dos registros da autora em seu Diário de Campo de Estágio.

perspectiva de reinserção desse indivíduo no convívio social, porém, parece que a comunidade se posiciona frente à loucura ainda com a perspectiva separatista, se eximindo de ser parte do tratamento desse indivíduo e o condicionando a viver longe dos espaços sociais. A atuação conjunta da equipe do CAPS em consonância com a família e a sociedade é imprescindível no fortalecimento da autonomia desse indivíduo.

Para Erving Goffman (1988) o termo estigma, entre os gregos, designava marcas corporais e caracterizava o indivíduo com uma imagem muito boa ou de ruim que demonstrasse a conduta de quem os apresentava, contudo, atualmente o conceito mais amplo caracteriza o estigma como qualquer marca não natural do ser humano, visível ou não, que expressa conduta que não condizem com as expectativas sociais contemporâneas, o que Goffman define por identidade social virtual e identidade social real. A identidade social virtual é a imposição que se faz de uma pessoa sobre a imagem que achamos que ela deveria ter e a identidade social real são os atributos reais, inatos da pessoa.

Dos estigmas que Goffman (1988) define iremos nos atentar ao estigma de caráter onde o indivíduo apresenta distúrbios mentais, vícios, toxicodependências, doenças associadas ao comportamento sexual entre outros. Nos escritos de Foucault (1972) em sua obra “A história da loucura”, o filósofo historiador, expõe que a estigmatização do louco perpetuou ao longo dos tempos e levou a uma exclusão social. Foucault (1972), na sua obra “A história da loucura”, e contemporâneos que compartilham com sua visão, expõem que a estigmatização do louco prevaleceu ao longo dos tempos e levou a uma exclusão social desses indivíduos, os condicionando a viverem à margem da sociedade dita como normal.

Assim, o presente trabalho tem o objetivo de realçar a importância da participação da comunidade no tratamento e no convívio social da pessoa com transtorno mental, discutir o contexto histórico acerca do transtorno mental, conceituar a loucura como estigma, a partir da visão da comunidade e identificar a relação entre a comunidade e o centro de atenção psicossocial.

A metodologia foi feita a partir de revisão de literatura, discussão, leitura da legislação brasileira, fatos históricos e experiências vividas diariamente no campo de estágio e a observação feita sobre cada caso que chamava atenção sobre o assunto.

Fora realizada pesquisa qualitativa na comunidade de Cachoeira com entrevista à cinco pessoas escolhidas com os critérios específicos como: sendo moradores da cidade Cachoeira, escolhidos de forma aleatória e que tivesse alguma participação política, cultural, religiosa ou econômica na vida dos usuários. Assim, a busca dessas pessoas se deu no entorno das instalações do CAPS. A primeira entrevista foi realizada com um moto taxista, por serem considerados pessoas importantes pro transporte alternativo e que muitos usuários usam esse serviço. A segunda entrevista foi realizada com um empresário da região, dono de uma casa comercial próximo ao CAPS, visto que o comércio popular de Cachoeira é um local de grande circulação muito utilizado pelos usuários, obedecendo o critério de contato diário com os usuários. A terceira entrevistada foi uma colaboradora, que também participa desse convívio diário. Outro aspecto observado durante o estágio foi a importância da religião na vida dos usuário, em decorrência desse fato, a entrevista com um líder religioso se tornaria imprescindível para o trabalho e fora realizada nas proximidades do CAPS. Por fim, a quinta entrevista foi dada com um locutor local que também tem sua importância para a comunidade, pois é considerado um formador de opiniões, espalhando informação através dos meios de comunicação, bem como participação em eventos locais, o colocando em contato com o público e em especial com os usuários.

2 - LOUCURA E ESTIGMA

A loucura vem sendo compreendida na história da humanidade como um desvio a uma condição dita como de normalidade. Diferentemente de quando um indivíduo apresenta uma patologia diagnosticada pela medicina através dos equipamentos para realizações de exames ou que apresenta sintomas visíveis, a loucura é medida pelas relações sociais comparadas constantemente a um padrão de comportamento social de acordo com seu tempo histórico. A sociedade diz qual o padrão de conduta considerado normal e usa o julgamento para condicionar a pessoa a um status de “louco”. A oposição entre o normal e o patológico que sustenta a consolidação dos estudos anatômicos e biológicos estabelece uma relação valorativa na qual o normal é tido como superior e o patológico residual e inferior, tal como Canguilhem (1978) permite discutir.

A obra de Machado de Assis “O Alienista”, do século XIX, representa uma crítica célebre a condenação das pessoas com base no tido como normal. Neste conto, o autor narra, a experiência de um médico que resolve realizar seus estudos sobre psiquiatria reservando um local, uma residência, que abrigasse quem ele considerasse louco na cidade, para que pudesse acompanhar o comportamento dessas pessoas. A princípio, a “Casa Verde”, como era chamada abrigava às pessoas com desvio de conduta comparado ao normal, porém inúmeras pessoas, mais da metade da população, sem que apresentasse anormalidade de comportamento, foram encaminhadas para a Casa Verde, situação que ficou insustentável, causando revolta na população que destruiu a residência. Por fim, o alienista deparando-se com aquela situação, nota que sua teoria estava incoerente e resolve ele próprio mudar os planos de estudos mandou soltar todas as pessoas, pois para ele ninguém tinha a personalidade perfeita, exceto ele próprio. Sendo, então, o único diferente, decidiu então ser ele mesmo se trancar na Casa Verde para o resto da vida e ser ele próprio objeto de estudo.

Mas o ilustre médico, com os olhos acesos da convicção científica, trancou os ouvidos à saudade da mulher, e brandamente a repeliu. Fechada a porta da Casa Verde, entregou-se ao estudo e à cura de si mesmo. Dizem os cronistas que ele morreu dali a dezessete meses no mesmo estado em que entrou, sem ter podido alcançar nada. Alguns chegam ao ponto de conjecturar que nunca houve outro louco

além dele em Itaguaí mas esta opinião fundada em um boato que correu desde que o alienista expirou, não tem outra prova senão o boato; e boato duvidoso, pois é atribuído ao Padre Lopes, que, com tanto fogo realçara as qualidades do grande homem. Seja como for, efetuou-se o enterro com muita pompa e rara solenidade (ASSIS, 1882 p. 34).

No decorrer da história da humanidade, identificam-se nas relações sociais impasses relacionados à normalidade, que são norteadas com base nas respectivas culturas, valores, crenças vigentes num determinado tempo e espaço. Esses padrões de comportamento mudam de acordo com o tempo e o espaço. O que é considerado patológico hoje, antigamente era considerado normal, o que em uma sociedade é considerado normal em outra é tido como extremamente anormal, existem vários exemplos que demonstram essa variação. Como afirma Canguilhem:

O normal, em biologia, não é tanto a forma antiga mas a forma nova, se ela encontrar condições de existência nas quais parecerá normativa, isto é, superando todas as formas passadas, ultrapassadas e, talvez, dentro em breve, mortas. [...] A anomalia e a mutação não são, em si mesmas, patológicas. Elas exprimem outras normas de vida possíveis (2009, p.56).

De modo geral, a história da loucura, perpassa por variadas situações definidas e modificadas de acordo ao seu tempo e influencias sociais. A relação da sociedade com a loucura vai mudando conforme as condições objetivas, materiais e de conhecimento em cada época e formação social. Ou seja, novas normas de vida são instauradas ao longo do tempo.

A interpretação da loucura teve várias molduras, na antiguidade tinha como expressão da loucura a palavra divina, um ser dotado de qualidades que era capaz de decidir sobre questões importantes contribuindo com a gestão da sociedade. Barros-Brisset (2012) argumenta:

A doença mental é uma invenção muito recente se tomarmos, por espectro, os mais de dois mil e quinhentos anos da fundação da ciência médica com Hipócrates. Os que hoje são nomeados como loucos, portanto doentes mentais, antes, tiveram muitos nomes, desde que foi identificada a doença sagrada e os conhecidos furiosos da época hipocrática (2012, p. 119).

A loucura começou a despertar interesse e maior atenção por parte dos estudiosos, assumindo um papel de destaque na sociedade somente na idade média, quando a lógica divina é rompida após a reforma protestante e católica que atribuiu à loucura o fenômeno do endemoniamento, ou seja, o louco enquanto um ser que não era capaz de se comprometer com a adequação social, sendo enquadrados não mais como porta voz divino e sim como porta voz do demônio. Agregou-se também a figura do louco às mulheres adúlteras e pessoas que contestavam a religião. Para tratamento dessa doença que acometia o ser humano eram prescritos cultos, orações, jejuns, ritual de exorcismo, e até serem queimados vivos em praças públicas, pois eram considerados bruxos (as).

Conforme Ventura e Junior (2014):

A loucura no final da idade média (século XVII) substituiu a lepra no tocante à exclusão social. Começa-se nesse período a vinculação entre portadores de transtorno mental e a periculosidade social. Não obstante, embrionariamente, as internações surgem naquela época, com o intuito de coibir a mendicância, assim como a ociosidade. A restrição de liberdade dos loucos tinha um verniz de preocupação social que a diferia, pelo menos teoricamente, das prisões (p. 40).

A partir desse momento começa a existir a segregação do louco na sociedade de forma ampla, sem nenhum diagnóstico concreto da pessoa com transtorno mental. As pessoas que eram consideradas com alguma patologia que representasse risco social tinha seu direito de liberdade negado, a estas eram condicionadas às prisões hospitalares manicomiais a fim de retirá-las do convívio social, sem oferecê-las nenhuma perspectiva de reinserção. Sem tratamento humanitário, sem melhoria no quadro da saúde mental, como também àquelas pessoas que eram contra a norma social da época, além de não retornarem a sociedade ainda adquiriam, em decorrência do tratamento, algum transtorno mental.

Para Millani e Valente (2008):

A partir da Idade Média até o final das Cruzadas, os leprosários se multiplicaram por toda a Europa, pois havia grandes focos dessa epidemia infecciosa no Oriente que se proliferou rapidamente por todas as cidades da Europa e somente com o fim das Cruzadas houve a ruptura desse contágio. Há também que considerar a intervenção, por parte da monarquia, sobre os regulamentos dos leprosários, provocando o recenseamento e o inventário dos mesmos, a fim de reparar a grande desordem nas gafarias mediante

revisão de contas, o que permitiu a geração de recursos destinados ao tratamento dos pobres e a outros estabelecimentos de assistência (p. 4).

No período renascentista os loucos eram confinados nas embarcações e transportados para outras cidades. Havia alojamento para os loucos da própria cidade, os que vinham nas embarcações eram enxotados e recebiam donativos da população.

Para Camargo (2013), no século XV, as pessoas consideradas cultas, começaram a abolir a figura do louco como ser endemoniado e começando a atrelar ao louco à perda da função mental. Essa época foi marcada pela expressão da loucura através universo de ideias e imagens culturais, obras literárias e artes plásticas, vistas através do comportamento e modos de pensamento. A perda da razão pelo louco, só é percebida no século XVII, quando a doença mental é vista como sofrimento do homem enquanto ser social, a loucura é a negação da razão humana.

Nesse período foram criados os primeiros hospitais para loucos. Disfarçados de hospitais aprisionavam pessoas que apresentavam conduta diferente da pré estabelecida que a sociedade pretendia isolar, excluir como: mendigos, anarquistas, ladrões, portadores de doenças venéreas, pessoas com transtorno mentais. Nesse sentido Foucault descreve que:

Não se esperou o século XVII para “fechar” os loucos, mas foi nessa época que se começou a “interná-los”, misturando-se a toda uma população com a qual se lhes reconhecia algum parentesco. Até a Renascença, a sensibilidade à loucura estava ligada à presença de transcendências imaginárias. A partir da era clássica e pela primeira vez, a loucura é percebida através de uma condenação ética da ociosidade e numa iminência social garantida pela comunidade de trabalho. Essa comunidade adquire um poder ético de divisão que lhe permite rejeitar, como num outro mundo, todas as formas da inutilidade social (1972, pag. 83).

Os hospitais tinham características prisionais, não havia atenção especial aos insanos, a utilidade médica era não deixar que as doenças contagiosas

contaminassem outros internos e suas famílias. Sobre o internamento Foucault salienta que:

O internamento não tem nenhuma unidade institucional além daquela que lhe pode conferir seu caráter de "polícia". Está claro que não tem mais nenhuma coerência médica, psicológica ou psiquiátrica — se pelo menos consentimos em encará-lo sem anacronismos. E no entanto o internamento só pode identificar-se com o arbitrário aos olhos de uma crítica política. De fato, todas essas operações diversas que deslocam os limites da moralidade, estabelecem novas proibições, atenuam as condenações ou diminuem os limites do escândalo, todas essas operações sem dúvida são fiéis a uma coerência implícita: uma coerência que não é nem a de um direito nem a de uma ciência, mas sim a coerência mais secreta de uma percepção. Aquilo que o internamento e suas práticas móveis desenham, como em pontilhado, na superfície das instituições, é aquilo que a era clássica percebe da insanidade. (1972, pag. 116).

Segundo Foucault (1972), nenhum tratamento específico para loucura era conferido nesses internamentos, os loucos não recebiam nenhum tipo de medicamento ou tratamento de controle da doença. O que caracterizavam os internamentos eram as ações arbitrárias de controle institucionais. Somente “[...] a partir do século XIX surgiram as instituições que acolhiam apenas doentes mentais, oferecendo tratamento médico especializado e sistemático em instituições chamadas de manicômios” (FIGUEIREDO *et all*, p. 126).

Após a metade do Século XVII, condicionados a animalidade, os internos que não tinha transtorno mental começaram a rebelar-se, pois ao serem aprisionados como loucos eram submetidos a humilhação e injustiça.

Portanto, através do modelo da animalidade, os estabelecimentos assumem o aspecto de jaula ou zoológico. Os loucos não são homens que perderam a razão, mas animais dotados de uma ferocidade natural que precisa ser fisicamente coagida. Despojando o homem de sua humanidade (isto é, racionalidade), a loucura o coloca em relação direta com a animalidade. (PEREIRA, 1985, p. 71).

No Final do século XVIII a população é coadjuvante na exclusão das pessoas indesejáveis a sociedade e o internamento surge como algo desumano, atribuindo as pessoas a livre responsabilidade de si mesmo que, por serem loucos, não eram responsabilizados por seus atos. Contudo, com a revolução burguesa, a crise do

capitalismo, trancafiar pessoas não seria a solução para a crise, era preciso torná-las ativas economicamente. E então o modelo de internamento foi sendo substituído modelo de asilo. Assim, Foucault:

Mas fora dos períodos de crise, o internamento adquire um outro sentido. Sua função de repressão vê-se atribuída de uma nova utilidade. Não se trata mais de prender os sem trabalho, mas de dar trabalho aos que foram presos, fazendo-os servir com isso a prosperidade de todos. A alternativa é clara: mão-de-obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários; e em período de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas (1972, p. 77).

O rompimento com a figura demoníaca da loucura se deu após a obra de Philippe Pinel (1745-1826) que passou a considerar a loucura como doença mental. Para ele o louco era um ser que carecia de cuidados, mais uma hegemonia médica do que cuidados, tratamento diferenciado e apoio da sociedade. Foi nessa época que houve avanço significativo na psiquiatria e o século XIX ficou caracterizado pela ampliação dos manicômios destinados aos doentes mentais.

Segundo Camargo:

Apesar de os asilos terem surgido antes da Revolução Francesa (1778), o manicômio só surgiu após a obra de Pinel (1745-1826), que rompe com a tradição demoníaca da loucura e passa a considerá-la como doença mental. Segundo Pinel, o louco necessitava de cuidados, remédios e, principalmente, do apoio de outras pessoas. (2003, p. 16)

A partir do século XX as formas da loucura se modificam, as neuroses separadas da psicose e a paranóia da demência precoce.

O retorno do indivíduo na sociedade, se torna para ele, um abismo muito grande, pois além do estigma da loucura, agora impregnado em sua vida a dificuldade de relação social, extinta durante o asilo, demonstra a dificuldade de conviver em sociedade. Assim, Camargo descreve os impasses encontrados pelo usuários, sujeitos institucionalizados, após a saída do asilo:

O asilo, após a “libertação”, começa a simbolizar a família que o louco nunca poderá ter. A grande tarefa do asilo seria homogeneizar a sociedade, em nome da verdade. Com o tempo, a própria coerção corporal e verbal é amenizada, pois o próprio louco passa a pertencer a uma rede estigmatizada. É como se o conceito de loucura fosse aos poucos se internalizando nos indivíduos. (2003, p. 28).

No Brasil, através do decreto 14.83/1921, no começo do século XX, se instaura no Rio de Janeiro o primeiro manicômio para pessoas que apresentassem sintomas de loucura e condenados por crimes. Nesse período o país passava por uma fase marcada por cercear direitos de liberdade. A década de 30, na era Vargas, houve a higienização social, a exclusão de pessoas com alguma enfermidade ou anormais. Para Ventura e Junior:

Esse Estado totalitário e centralizador abraçou as ideologias eugênicas que tiveram atuação de relevo junto à saúde pública e saneamento, assim como à psiquiatria e principalmente à “higiene mental” ao longo das primeiras décadas do século XX⁴⁷. O isolamento compulsório assume lugar de destaque e se torna protagonista dentre as ferramentas do Estado para controle da população. Na era Vargas, em particular nos casos de hanseníase, o isolamento compulsório era uma medida brutal, higienista e profilática, fruto de uma legitimação científico-filosófica da fase imperialista do capital. (2014, p. 49)

O modelo da idade clássica de segregação foi adotado no Brasil até a década de 70. Nesse período, marcado pela ditadura militar, cresceu consideravelmente o número de hospitais particulares. O Estado financiava esses hospitais lucrativos que mantinham excluídos da sociedade todas as pessoas consideradas contrárias as condutas atuais.

A perpetuação do estigma, tal qual é vivenciado ainda hoje, se deu quando o parlamento francês em meados de 1983 instaura a primeira lei que associa ao louco a figura perigosa capaz de cometer atos bárbaros contra a sociedade, agressivo, incapaz de responder por seus atos.

Cotidianamente a loucura tem um estigma que caracteriza o indivíduo, seja por comportamento desorientado, seja pelo convívio em grupo, seja por associação ao instrumento que cuida de pessoas com transtorno mental. Esse estigma segrega esse

indivíduo ao não convívio social, uma pessoa que não pode usufruir de suas vontades sem ser apontado, ridicularizado e excluído.

O termo estigma se originou na Grécia e faz referências a sinais que são expressões corporais de determinadas pessoas com a finalidade de caracterizar algo de ruim em relação ao seu status moral. Essas marcas eram feitas no princípio com fogo ou cortes pelo corpo para que ficassem visíveis e expressasse que aquele indivíduo era um escravo, um criminoso ou um traidor. Um alerta social a respeito daquela pessoa estigmatizada, deveria ser evitada, repugnada, excluída especialmente em lugares públicos (GOFFMAN, 2004).

Surgido no século XVIII, a princípio denominados de reformatórios, os manicômios instituídos pelo Estado Moderno responsáveis por manter o ordenamento social, considerado capazes de especificar quais condutas seriam inadequadas ao convívio social. Os reformatórios, utilizando técnicas de isolamento e solidão, seriam instituições capazes de tornar o indivíduo julgado como fora da ordem um ser readequado (FOUCAULT, 1975).

Do século XIX até meados do século XX, o manicômio psiquiátrico foi considerado como a modalidade terapêutica mais eficaz, reconhecendo-se o seqüestro, o isolamento e as práticas coercitivas como um mal necessário. No entanto, a legitimidade de tal violência, defendida como caminho para a cura, nunca deixou de ser contestada pela filosofia, pela ciência e pelas artes. (RAMMINGER, 2002, p. 4).

Conforme documento da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), no Rio de Janeiro após o estabelecimento de uma legislação sanitária e a criação de faculdades de Medicina no Rio e na Bahia, passou-se a exigir, através dos higienistas, melhores condições de tratamento para os doentes mentais. Antes os considerados loucos, alienados sem posses, violentos, eram mantidos sob a guarda das famílias, recolhidos às casas de saúde apropriadas, às cadeias ou levados para precárias enfermarias do Rio de Janeiro, logo, devido ao contingente, não havia condições para comportar todos. O documento da FIOCRUZ "*Hospício D. Pedro II*", traz registros de autores que descrevem que o estabelecimento para tratar os loucos deveria ser construído distante dos grandes centros, em lugares afastados, em um local plano e alto para favorecer a passagem de ar livremente. Com uma dicotomia entre os doentes por categoria de comportamento onde os mais tranquilos fossem separados dos mais

agitados e violentos, os que eram considerados sem cura dos que provavelmente tinham cura.

Um tal estabelecimento deve ser construído fora das grandes povoações e cidades, num local plano e elevado, e disposto de modo que o ar possa renovar-se facilmente. Deve oferecer separações distintas e suficientes para que os doentes turbulentos e furiosos estejam separados dos tranqüilos, os que se acham em tratamento dos insanáveis, os convalescentes de todos os outros; e finalmente os epiléticos, ou os que padecem de alguma moléstia accidental que possa ser danosa aos outros, devem ser separados cuidadosamente.” (ELIA, 1996, *Apud* FIOCRUZ, 2017 p. 2).

Nota-se que as reuniões para decidir a construção do primeiro manicômio brasileiro já demonstrava uma perspectiva higienista, isoladora com tendência de afastamento do ser com o convívio social.

Foi inaugurado em 1852 o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício D. Pedro II no Rio de Janeiro, mais tarde chamado de Hospício Nacional, porém só em 1986 teve sua direção exercida por um psiquiatra (FIOCRUZ, 2002).

Com o aumento significativo de estabelecimentos destinados aos doentes mentais, em 1912 a psiquiatria ganha o status de especialidade médica autônoma e em 1934, o Decreto 24.559 promulgava a segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais que determinava o hospital psiquiátrico como única alternativa para o tratamento (RAMMINGER, 2002).

Os manicômios, embora no começo, pensados para dar um tratamento melhor aos usuários, sempre foram instituições que denegriam a natureza humana, visto que, neles, não só abrigavam alienados e sim pessoas indesejadas socialmente, inclusive pessoas que não tinham nenhum transtorno mental e que, com o passar do tempo, com o convívio e tratamento desumano dado aos usuários, adquiriam tais doenças. Pessoas que não atendiam os interesses políticos de classes dominantes detentoras de poder, exerciam o poder de designar essas pessoas para o Hospital de Barbacena em Minas Gerais. Essas pessoas eram retiradas do convívio em sociedade e tinham suas vidas fadadas ao sofrimento sem nenhuma perspectiva de retorno à liberdade, submetidas às formas mais perversas de tratamento, das quais nunca foram comprovadas sua eficácia como a Lobotomia e o Eletrochoque.

No tocante das instituições, importante destacar a definição de Goffman (1961) sobre as “Instituições Totais” que às denomina como “fechadas” caracterizadas pelas

barreiras físicas como portões trancados, muros altos, restrição a liberdade que tornam-se um conjunto de barreiras ao mundo externo, ao mundo social. “Portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de Instituições Totais” (GOFFMAN, 1961, p. 16).

Para Goffman (1974), o convívio social e em liberdade do indivíduo seguindo regras variadas de diferentes lugares e autoridades, ao ser condicionado à uma instituição, é imposto para ele uma limitação de conviver com as mesmas pessoas, seguindo as mesmas regras, os mesmos tratamentos sem que seja alternado agir sob o interno de maneira que acarreta um abalo no seu papel social. Essa transformação do “eu” é facilmente observada na dificuldade de readaptação do convívio social de um interno que passou muito tempo trancafiado nos manicômios institucionalizados.

Localizado sempre em lugares afastados, os manicômios, serviam, além de tudo como isoladores, com muros altos e de difícil acesso de forma proposital, pois, os loucos não eram bem quistos no meio social. Além das técnicas de tratamento, nos manicômios, havia condições precárias para a sobrevivência humana, sem higiene pessoal e de ambiente, sem boa alimentação e até mesmo convívio com ratos e cadáveres.

[...] Contudo, a sociedade, mesmo assim, não poderia manter em comum convívio um indivíduo com tal inclinação, qual seja, a ausência, total ou parcial, de sociabilidade. Tanto o é, que o isolamento fora mantido como método destas novas instituições que, por sua vez, eram mantidas e destinadas exclusivamente para acomodar indivíduos desta natureza. (MARCANTONIO, 2010, p. 144).

Considerado o maior manicômio do Brasil o Hospital Colônia de Barbacena – MG, fundado em 1903, com capacidade para 200 leitos, abrigava em média 5.000 mil pacientes em 1961. Isso mostra a ineficiência sobre a perspectiva de transtorno mental. O hospital recebia pacientes oriundos de diversos estados do Brasil. Chegavam em Barbacena por trem, com vagões abarrotados de pessoas, cuja condição desumana fez surgir a expressão “trem de doido” para significar viagem ao inferno, das quais tinham suas vidas ceifadas a partir do momento que adentrava as dependências do hospital. Na década de 60 e 80, sessenta mil mortos foi o resultado do tratamento manicomial executado no hospital. (BRANCO, 2015).

Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros do Colônia. Tinham sido, a maioria, enfiadas nos vagões de um trem, internadas à força. Quando elas chegaram ao Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as roupas, arrancadas. Perderam o nome, foram rebatizadas pelos funcionários, começaram e terminaram ali. (ARBEX, 2013, p. 113).

O Hospital de Barbacena durante anos foi responsável pela morte de várias pessoas, números exorbitantes. Mortes que não eram apuradas, não se tinha um responsável que buscasse um culpado, era apenas mais um cadáver e menos um alienado, como se a solução para a cura da loucura fosse a morte.

Dessa forma Foucault (2001) chamou de “emergência das técnicas de normalização” que são os poderes não pautados no saber médico, judiciário e político, mas que caracteriza pelas regras próprias desse tipo de instituição, concebida de autonomia, uma lei própria que se difere da estabelecida estendendo sua soberania em toda sociedade.

Várias violações de direitos foram cometidas contra diversas pessoas, porém, algumas tiveram repercussão internacional como foi o caso “Damião Ximenes” que foi o primeiro caso brasileiro julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, da Organização dos Estados Unidos (OEA). Segundo Rosato e Correia (2011), após dar entrada na Casa de Repouso Guararapes no Ceará credenciada ao Sistema Único de Saúde (SUS), Damião Ximenes, 30 anos, levado por sua Mãe Albertina Viana Lopes, apresentava quadro de sofrimento mental. Ao chegar a clínica, quatro dias depois para visitar o filho, fora impedida de adentrar às dependências da casa, ainda sim, conseguiu entrar e logo foi surpreendida pelo filho, com sinais claros de tortura, que mal dava pra reconhecê-lo, caído aos seus pés com os membros amarrados suplicava pela polícia. Indignada com a situação do filho Dona Albertina exigiu que seu filho fosse atendido pelo médico, que receitou medicamentos sem nem realizar exames. Chegando em casa, a mãe de Damião foi informada que a clínica à telefonou, ao retornar a ligação, foi informada da morte de Damião. Como demonstra o relato dos fatos:

Ele [Damião] veio até ela [mãe] caindo e com as mãos amarradas atrás, sangrando pelo nariz, com a cabeça toda inchada e com os olhos quase fechados, vindo a cair a seus pés, todo sujo, machucado e com cheiro de excrementos e urina. Que ele caiu a seus pés dizendo: polícia, polícia, polícia, e que ela não sabia o que fazer e que pedia que o desamarrassem. Que ele estava cheio de manchas roxas pelo corpo e com a cabeça tão inchada que nem parecia ele. (COMISIÓN

INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, 2004, *apud* ROSATO e CORREIA, 2011).

A sucessão de negligência da Clínica continuou mesmo com a morte de Damião, o mesmo médico que receitou os remédios sem exames prévios diagnosticou a causa da morte como “morte real de causa indeterminada” (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, 2006, p. 6). A família de Damião entrou com uma ação criminal e civil indenizatória contra o proprietário da clínica psiquiátrica. Irene Ximenes Lopes, irmã de Damião, acionou a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), (ROSATO e CORREIA, 2001).

Depois de dez anos, correndo todos os trâmites o Caso Damião, o Brasil foi condenado, tendo que custear uma pensão vitalícia para a mãe de Damião além do descredenciamento do SUS na Casa de Repouso, que decretou fechamento após um ano. Somente em 2009 o proprietário da clínica psiquiátrica e mais seis profissionais de saúde que trabalhavam na Casa de Repouso, foram responsabilizados pelo assassinato de Damião e condenados à seis anos de reclusão em regime semiaberto. (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, 2009).

Essa condenação do Brasil com repercussão internacional fez acender uma luz no avanço do tratamento de pessoas com transtorno mental conforme descreve Rosato e Correia:

A Política Nacional de Saúde Mental foi objeto de recentes reformulações no Brasil: uma nova perspectiva no ordenamento jurídico do país, em relação à pessoa com transtorno mental, ensejou a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001). Essa legislação especial dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, responsabilizando o Estado e a sociedade pela superação do modelo assistencial até então vigente baseado, exclusivamente, na internação tradicional. Sob o advento dessa nova política se identifica o paradigma da corresponsabilidade da sociedade e do Estado, a partir de ações intersetoriais que não se limitam, portanto, à área da saúde. (2011, p. 105).

Os números crescentes de internação nos manicômios na década de 50 e 70 chegaram a 213%, uma média muito maior do que a população brasileira, como

aponta Cerqueira (1984). Concomitante com o fim da 2ª Guerra Mundial, aflora no mundo os ideais libertários, ampliação dos direitos humanos. No Brasil surge o Movimento da Luta Antimanicomial, marcado pela luta contra o manicômio.

3 - SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA

A saúde mental é uma questão polêmica que a humanidade convive há séculos e antes que de se tornar uma questão de médico, o tema “loucura” se fez presente no pensamento da sociedade sobre diversos aspectos. A loucura é encarada como um estigma ainda contemporâneo, fazendo com que haja um prejulgamento e um comportamento hegemônico social.

Na idade Média, as pessoas consideradas loucas (inválidos, portadores de doenças venéreas, mendigos e libertinos) eram mantidas confinadas em grandes asilos e hospitais sem nenhuma perspectiva de qualidade de vida, muito menos convívio social.

No século XVIII, Phillippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, propõe uma nova forma de tratamento aos loucos, libertando-os das correntes e transferindo-os aos manicômios, destinados somente aos doentes mentais. Várias experiências e tratamentos são desenvolvidos e difundidos pela Europa”. (AMSTALDEN, PASSOS, s. p.).

No século XIX, o tratamento ao doente mental incluía medidas físicas como duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias e sangrias.

Nos anos 60 inicia-se o processo de reforma psiquiátrica envolvendo mudanças imediatas no tratamento da doença mental com relação aos manicômios e esse movimento percorreu diversos países com o propósito de lutar em prol à cidadania da pessoa com transtornos mentais, bem como promover a liberdade com responsabilidade desses pacientes.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p. 6)

A década de 70 marcada por tratamento desumano à pacientes com transtorno mentais sem perspectiva de re-socialização do indivíduo condicionando-o a internamentos que culminavam muitas vezes à morte, através de tratamentos que não tinha sua eficaz comprovada as pessoas que não tinham transtorno mental e que eram designadas a tais internamentos passavam a aderir, em decorrência do tratamento, algum transtorno mental.

No Brasil, no final da década de 70 inicia-se a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtornos mentais. Esse movimento se inscreve no contexto de redemocratização do país e na mobilização político-social que ocorre na época. Importantes acontecimentos como a intervenção e o fechamento da Clínica Anchieta, em Santos/SP, e a revisão legislativa proposta pelo então Deputado Paulo Delgado por meio do projeto de lei nº 3.657, ambos ocorridos em 1989, impulsionam a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Segundo o Ministério da Saúde “Reforma Psiquiatra e Política de Saúde mental no Brasil” a Política de Saúde Mental no país promove a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas, quando necessárias, se dêem no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração. Além disso, essa política visa à constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de sofrimento mental no seu território, a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos e, ainda, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, da cultura e do lazer.

A constituição brasileira de 1988² exalta a universalização, a equidade, a integridade e a hierarquização do acesso aos serviços de saúde de forma descentralizada. Sendo assim, o conjunto dessas ações que são prestados por instituições públicas federal, estaduais e municipais constitui o Sistema Único de Saúde – SUS³. Então, diante de suas diretrizes, o SUS considera fundamental o princípio da reforma psiquiátrica bem como forma de garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais.

² “Política nacional da saúde - lei n.º 8.080/1990 - dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

³ “A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu através da Lei 8.080 de 1990 que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização eo funcionamento dos serviços correspondentes”.

Entretanto, assim como o SUS, a reforma psiquiátrica no Brasil também instituiu processos de lutas através dos movimentos sociais e políticos em busca da desconstrução nas práticas em psiquiatria. Nesse sentido, surgiu o projeto de Lei “Paulo Delgado” que rompe de maneira progressiva com o modelo psiquiátrico tradicional, substituindo os hospitais especializados por melhores condições assistenciais. Contudo, depois das constantes lutas em favor da reforma, o congresso nacional sancionou a Lei n. 10.216 no dia 6 de abril de 2001 pelo presidente da república. Essa Lei busca promover os direitos e proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e proibi em todo o Brasil, a construções de novos hospitais psiquiátricos. Sendo assim, busca a reinserção social do doente mental através do tratamento comunitário pelo serviço da saúde mental. Esse fenômeno da desospitalização, no entanto, ocasiona uma nova política de serviços, denominado de CAPS e Hospitais-dias. Esses serviços estão voltados para internação integral paralelo com a vida comunitária, sendo implementado na maioria dos estados brasileiros.

O movimento da Reforma Psiquiátrica inicia-se nos anos 60, contestando as formas medicalizante da doença mental, trazendo alternativas em relação aos manicômios (ANTUNES, QUEIROZ, 2007). Parcialmente inserido no contexto do movimento da reforma sanitária, adquiriu uma discussão mais aprofundada ao modelo médico-psicológico sobre a doença mental e embora a reforma sanitária também tenha adotado essa discussão, esta, não conseguiu romper totalmente com o modelo assistencialista tradicional, ou seja, enquanto o movimento da reforma sanitária reivindicava mais serviços, recursos humanos e tecnologias, a reforma psiquiátrica queria redefini-los (AMARANTE, 1997), com a ideia de viabilizar os direitos dos usuários e familiares a uma atenção digna dos serviços de saúde, através de ações, que busca mudar a conscientização social sobre a loucura.

A Constituição de 88, favoreceu as mudanças no tratamento da saúde mental, a contribuição do Deputado Paulo Delgado que criou a Lei 10.216/2001 foi fundamental porque definia a prioridade dos direitos das pessoas com transtornos mentais. O direito à saúde expressado e consagrado como direito fundamental social pelo art. 6º da Constituição Federal de 1988, em estreita correlação com a dignidade da pessoa humana e com o direito à vida. Assim como o Art. 5º que assegura ao

cidadão igualdade de todos perante a lei, inviolabilidade da liberdade à vida e garantia de segurança (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) em seu parágrafo único do art. 3º discorre sobre as ações na área da saúde na perspectiva não somente do bem-estar físico, mas também o mental e o social. A garantia da proteção dos direitos fundamentais da pessoa com transtorno mental está descrito na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, conhecida como Reforma Psiquiátrica. A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 através dos seus artigos XXII e XXV salienta a saúde mental como um direito humano e fundamental e que a proteção só se torna efetiva quando existe a plena proteção a saúde.

4 - REPRESENTAÇÃO SOBRE SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE DE CACHOEIRA

Esta etapa do trabalho corresponde ao momento em que se busca perceber a visão que a comunidade tem acerca do transtorno mental através da realização de entrevistas aplicadas à pessoas residentes na cidade de Cachoeira. Utilizando da pesquisa qualitativa, entrevistou-se cinco pessoas, aqui nomeadas como (pessoa 1,2,3,4,5), sendo um moto taxi, um colaborador do comércio, um empresário, um líder religioso e um locutor, três homens e duas mulheres, com idade entre 20 e 40 anos. Os entrevistados deveriam atender aos seguintes critérios: ser morador da cidade, escolhidos de forma aleatória e que tivesse alguma participação na vida da cidade, seja ela, política, cultural, religiosa ou econômica. A busca dessas pessoas se deu no entorno das instalações do CAPS uma vez que por este espaço circulam diariamente usuários do serviço e seus familiares.

Conforme as respostas foram emergindo, surgiu a necessidade que o capítulo fosse dividido e apresentado em três partes: Transtorno Mental: conhecimento sobre o tema; Conhecimento sobre o CAPS e a reação da sociedade diante do transtorno mental.

4.1 - Transtorno Mental: Conhecimento sobre o tema

Não existe uma definição pronta para a loucura, que tem suas facetas modificadas de acordo com a história. No senso comum, a loucura pode ser entendida, como qualquer estado alterado de consciência.

A carta da Organização Mundial da Saúde (OMS), aprovada em 1948, diz que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Um conceito novo é que saúde agora está atrelada a comunidade, sendo um direito fundamental da pessoa humana, devendo ser garantido sem distinção de cor, raça, religião e condição socioeconômico. A saúde de todos os seres vivos, pode ser entendida quando o organismo reage satisfatoriamente às condições do meio. O que difere o homem dos demais seres vivos, é considerar a saúde como a condição de bem-estar consciente em que se

encontra o indivíduo em plena atividade fisiológica e psíquica, reagindo ao seu meio físico, biológico e social, sem dor, sem lesão, sem fadiga e sem tristeza.

Os relatos dos entrevistados sobre o conhecimento acerca da loucura demonstram, através dos trechos infra elencados obtidos que incide sobre a loucura um discurso carregado de estigma, destacado nos trechos a seguir:

“[...] uma pessoa louca é que aquela pessoa que não tem um equilíbrio mental igual ao nosso, entendeu? Eu acho que não pensa. [louco] é a pessoa que não tem equilíbrio que faz tudo que dá na mente, na cabeça” (Pessoa 3).

A “Pessoa 3”, descreve o louco como um ser sem equilíbrio, associa a loucura a ausência de equilíbrio mental que compromete o controle das suas ações.

Geralmente as pessoas consideradas loucas pela sociedade são aquelas que possuem um comportamento diferente da maioria das pessoas, que possuem percepções da realidade muito distintas e esse comportamento conota a pessoas como uma pessoa louca, ou seja, loucura é um rompimento com a realidade, conforme abaixo na fala dos entrevistados:

“[Louco] Vamos dizer assim, na maneira de falar, nas suas ações do dia-a-dia no seu comportamento como um todo”.

“Transtorno mental é uma pessoa que tenha, vamos dizer dessa forma, duas personalidades, hoje ele age de uma forma amanhã ele age de outra forma, hoje está mais calmo, amanhã mais violento” (Pessoa 4).

Na fala da “Pessoa 4” pontua que somente as pessoas que possuem transtornos mentais apresentam sinais de alteração de humor, excluindo desse comportamento pessoas consideradas “normais”, como se fosse apenas característica da loucura, ações de bipolaridade e principalmente considerar o “louco” como uma figura violenta, que denote agressividade a conseqüentemente que possa trazer risco à sociedade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2001) no Relatório Sobre a Saúde no Mundo, embora os sintomas possam variar de forma consideravelmente, os transtornos podem ser caracterizados por uma exposição de ideias emoções, comportamento vistos como anormais comparados com outras pessoas.

É possível perceber, após a realização das entrevistas, que ainda está impregnado na sociedade, em especial na comunidade de Cachoeira, o modelo de dicotomia frente a loucura. Os entrevistados demonstram a reprodução da ideia de manter das pessoas consideradas loucas distantes das relações sociais. Atrelar ao louco um ser dotado de periculosidade ainda perpetua na sociedade contemporânea. Este conceito de loucura transferido de gerações e gerações está ancorado na história da loucura demarcada no início do século XVII como demonstra Foucault:

É sob a influência do modo de internamento, tal como ele se constituiu no século XVIII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da Loucura, num espaço moral de exclusão. De fato, a verdadeira herança da lepra não é aí que deve ser buscada, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará para se apropriar. Esse fenômeno é a Loucura” Foucault (1972, p. 12).

Foucault, após esta concepção sobre loucura, descreve que levará tempo para a medicina dominar a loucura e nesse sentido faria uso de técnicas não científicas para controle da loucura que seriam as punições, exclusões e isolamentos. E essa teoria, mesmo atravessando várias décadas, ainda se faz tão presente, sendo possível perceber através das seguintes narrativas:

“Louco é aquele que não pode tá entre a sociedade, tem que tá realmente no lugar adequado neh? Aquele que não pode tá no meio social, porque a qualquer momento ele pode fazer algo que poderia ser evitado antes devido a loucura dele, essa pessoa não pode tá em qualquer meio tem que estar com a pessoa que tem conhecimento do problema dele” (Pessoa 1).

“Acho que uma pessoa louca é capaz de fazer tudo. Ele é capaz de roubar de matar de assaltar, uma pessoa louca é capaz de fazer tudo[...]transtorno mental é uma pessoa que tem uma mente desnorteada e que não é normal, não é uma pessoa que tem a mente de uma pessoa normal, é fora do normal” (Pessoa 2).

Para a (Pessoa 2) associa loucura a prática de atos ilícitos, como roubo e assassinato. Revela também a perspectiva da loucura como contraposição à normalidade que é entendida a partir da visão crítica de Canguilhem (1972) como algo

a ser alcançado e seguido socialmente, do mesmo modo que a anormalidade é uma ameaça.

Tal discurso reafirma os que foram historicamente produzidos na direção de contribuir com ideia de confinamento dada a perspectiva da periculosidade

Assim, Foucault, pontua que:

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido (1972, p. 89).

Nesse sentido a internação da loucura se modifica, agora não mais como prisão, ela surge com um viés de pobreza, de pessoas inaptas ao trabalho, de convívio harmonioso, assim, essas pessoas eram vistas com um problema para a cidade, não contribuía para a ordem das coisas.

4.2 - Conhecimento sobre o CAPS

A reforma psiquiátrica, timidamente, deu início em 1978 com o apoio do Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)⁴ que propôs alternativas modelo atual da psiquiatria. E somente na década de 80 com o fim da ditadura militar e após a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde Mental que as políticas públicas no combate ao modelo de internação por tempo indeterminado, pacientes isolados, de exclusão social, isolamento de pessoas que não tinham nenhuma prescrição de transtorno mental. Uma política que rompia com o modelo hospitalocêntrico e que priorizava resgate a dignidade do indivíduo, através do tratamento humanizado ambulatorial e comunitário. Nesse contexto, de negação

⁴Movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

dos manicômios, é que surge os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁵ e de Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS)⁶ posteriormente espalhados pelo país para atender a demanda.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi implantado no período de 1987 à 1991, em caráter experimental na cidade de São Paulo. No entanto só a partir de 2002 que essa instituição de tratamento psiquiátrico alternativo passou a consolidar os serviços nos procedimentos com a equipe e papel social (MATEUS,2005). Esse novo modelo de tratamento do transtorno mental, prima pela ação conjunta entre família, sociedade e Instituição.

O CAPS Ana Nery, classificado com CAPS I, foi inaugurado em 26 de dezembro de 2006. Situado à rua J J Seabra, avenida ACM – S/N, Cachoeira-BA. Dentre as principais tarefas, a reinserção dos pacientes no seu convívio familiar e na sociedade rompendo preconceitos em reação ao portador de transtorno mental. Atende demandas espontâneas da população, sistema básico de saúde: agentes de saúde, programas familiar, posto de saúde e de equipes mínimas para o tratamento da saúde mental. Sendo, esse serviço realizado pelo SUS - Sistema Único de Saúde.

As principais características das demandas atendidas pelo CAPS Ana Nery são pessoas de ambos os sexos e crianças residentes no município de Cachoeira com transtornos mentais que apresente tais sintomas: Esquizofrenia, neurose, depressão, síndrome do pânico, psicóticos, dependentes Químicos – Álcool e Drogas, transtornos de Ansiedade, transtorno Bipolar, hiperatividade e Distúrbio de Atenção.

O Serviço Social atua no CAPS Ana Nery desde 2006, composto por uma assistente social. Sendo sua contribuição de grande importante para a garantia dos direitos, bem como a busca por melhoria do bem estar - social dos usuários da instituição. Nessa perspectiva, intervir na realidade social dos usuários, a fim de identificar as expressões da questão social relacionadas ao processo e uso de substancias psicoativas e assim buscar formas de mudanças nas situações sociais vivida por essas pessoas, a partir da integração em atividades sociais.

⁵ É um serviço público do SUS que substitui o modelo de internação para se tornar um local de referência ao tratamento às pessoas que sofrem com transtorno mentais. Com tratamento ambulatorial, medicamentoso e terapêutico com auxílio da família e da comunidade.

⁶ É um serviço público do SUS que atende à pessoas com severos desajustes sociais, oferecendo-lhes tratamento às famílias na perspectiva de reduzir necessidade de re-internações.

Nos dados coletados na entrevista (pessoas 1,2 e 5), pode-se perceber que o conhecimento que se tem acerca da proposta de um novo modelo que é o CAPS é muito superficial, devido à falta de referência nos cuidados anteriores a reforma, ou seja, a visão de tratamento da loucura, na comunidade, ainda está vinculado a idéia de hospício.

“Assim, eu não sei como te dar essa informação, eu nunca procurei me informar o que é direito o CAPS” (Pessoa 1).

“Assim, eu conheço só de vista o CAPS” (Pessoa 2).

“[...] uma coisa nova porque ninguém fazia isso, tinha o nome vinculado a isso que era o hospício não é?! Que até hoje tem. Já tem referência não é, de amigos, de parentes.” (Pessoa 5).

Os manicômios, antes denominados por reformatórios, surgidos no século XVIII, com a finalidade de ordenamento social, utilizava-se de práticas de separação social do indivíduo, sob o julgamento que um ser fora da ordem (FOUCAULT, 1975). Todavia, essa pratica perversa isoladora com perspectiva de controle social sempre foi questionada: “No entanto, a legitimidade de tal violência, defendida como caminho para a cura, nunca deixou de ser contestada pela filosofia, pela ciência e pelas artes” (RAMMINGER, 2002, p. 4).

Um dos grandes problemas enfrentados pelo CAPS é a reinserção do usuário na sociedade. A comunidade, por falta de informação, não lida com o transtorno mental de forma natural, considera que qualquer pessoa que frequenta o CAPS é “louca”, capaz de fazer tudo, estando sempre em surto. E esse estigma da loucura, faz com que o usuário demonstre desinteresse em realizar acompanhamento, assim como dificultam as atividades em grupo nas quais precisem sair juntos do CAPS, pois quando saem são apontados, tachados. Assim, Goffman pontua que:

[...] um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se impor a atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus. Ele possui um estigma, uma característica diferente da que havíamos previsto (1988, p. 7).

Mesmo depois de quinze anos de atuação e constituindo uma ferramenta dotada de muita importância para a sociedade, o CAPS, é para as pessoas um lugar isolado que serve apenas para cuidar dos “loucos”, atrelado ainda a ideia de

manicômio, de afastamento social do indivíduo, contradizendo a ideia de implantação do CAPS. Conscientizar a comunidade da importância dela no tratamento do usuário se torna uma barreira para a evolução do transtorno mental. Quebrar os paradigmas da loucura na sociedade, não é tarefa simples, visto que a loucura, enquanto doença que deve ser curada longe do convívio social, perdurou durante séculos, e nesse sentido, ainda está enraizada na sociedade.

O CAPS, se tornou para comunidade uma ferramenta que facilita o acesso a renda, como demonstra o trecho abaixo:

“Eu sei que lá é o lugar que facilita mais a pessoa a ter um benefício, entendeu? Eu estou vendo aí pessoas que é alcoólatra, pessoas que tem problema de síndrome, pessoa que está com dificuldade de um benefício está facilitando, mas antigamente era mais difícil, com o CAPS está mais, pela essa ponte aí” (Pessoa 1).

O transtorno mental, muitas vezes, impossibilita o usuário ao trabalho, dependendo da gravidade. Se a pessoa com transtorno mental seja considerada muito pobre e na residência dela a renda for inferior a 1/4 do salário mínimo, essa pessoa está legalmente aparada pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e a União deverá pagar esse benefício referente a um salário mínimo. Assegurado pela Constituição Federal de 1988, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), está previsto em seu artigo 203. Diz esse artigo que: *“A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:”* especificamente no item V do mesmo artigo, *“a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família”.*

A equipe que compõe o CAPS e que participa do acolhimento a esse usuário, em especial o médico psiquiatra (que emite o relatório necessário para acesso ao benefício) e a assistente social, que no CAPS, dentre outras funções, tende a buscar esse direito ao usuário, fornecendo toda informação acerca do benefício, bem como realizar agendamento eletrônico junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), solicitando do mesmo toda documentação necessária para realização da perícia. Depois de coletado os documentos junto com o relatório médico e agendada a data

da perícia essa documentação é entregue ao usuário e seu acompanhante, para que possam no dia do agendamento estarem devidamente aptos para realização da perícia.

Vale ressaltar que, embora para alguns o CAPS atue como ferramenta para acesso ao benefício, observada na fala da pessoa 1 (*“Eu sei que lá é o lugar que facilita mais a pessoa a ter um benefício[...] pessoa que está com dificuldade de um benefício está facilitando”*) para o sucesso no tratamento, continuar frequentando o CAPS é essencial para o usuário, a participação das atividades é crucial para sua autonomia social. Todavia, a superação da pobreza extrema e a redução da desigualdade social só foi possível por conta dos significativos avanços da política de Assistência Social como política pública no âmbito da seguridade social, através da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que estabeleceu o Sistema Único da Assistência Social (SUAS).

Ao serem questionados sobre qual imagem eles possuem do CAPS ou caso precisasse utilizar os serviços do CAPS, pontuam que:

“não teria preconceito nenhum, mas a depender a enfermidade, da gravidade, da pessoa, geraria sim um constrangimento, porque tem pessoas que tem um transtorno mais avançado, do que a outra então pela possibilidade que a pessoa ta passando aquela situação, aquele transtorno que não seja tão avançado ainda, ela visualizando aquelas pessoas que tem um transtorno a mais, possa assim, trazer um choque. Não me sentiria constrangido em ir ao CAPS” (Pessoa 4).

A “Pessoa 4” superficialmente descreve não ter preconceito, porém, fala que dependendo da gravidade do transtorno mental, teria sim, uma certa resistência em frequentar o CAPS,

“[...]geralmente as pessoas hoje em dia estão tendo muitas deficiências mentais, como depressão, e outras e outras doenças que precisam dessa instituição justamente para ser resolvido seus problemas. Eu não teria nenhum preconceito em frequentar essa instituição” (Pessoa 3).

Todavia, na fala acima, pode-se notar que, a mesma, não carrega sobre o CAPS nenhum tipo de preconceito, mesmo sendo questionada, em caso de necessidade utilizar os serviços do CAPS.

[...] eu ia ficar um pouco assustada com aquilo que está acontecendo no momento” (Pessoa 2).

A percepção da (Pessoa 2) está atrelada ao instrumento como algo responsável por cuidar de alguma coisa ruim, demonstrando estranhamento sobre o uso do CAPS.

4.3 - A reação social diante do transtorno mental

Um dos quesitos que mantém a comunidade distante do tratamento do usuário, é a falta de informação sobre sua importância nesse tratamento, é a quebra de paradigmas, de rompimento com o modelo manicomial, é ensinar seus filhos que, manter distância de um “louco” na rua, não o tornará mais seguro, que utilizar-se de um momento de crise da “loucura” para dar margem ao riso e motiva-la não ajuda em nada o usuário, que apontar alguém e considera-lo louco apenas por frequentar as instalações do CAPS não contribui em nada com essa ruptura, que o usuário é uma pessoa, dotada de todos os atributos: perceptivos e sentimentais. O comportamento do usuário que demonstra não aceitação ao tratamento, baseia-se nos padrões de comportamento impostos pela sociedade, conforme afirma Brito:

A produção da loucura pela sociedade ao longo dos séculos e na atualidade se dá pela incompreensão do próprio “eu”, pela não aceitação de si mesmo como ser individual e peculiar, pela convivência mentirosa estabelecida pela vida em sociedade e o não poder expressar o verdadeiro sentimento em relação ao todo e a tudo sem se preocupar com o padrão existente. A loucura nasce da necessidade de ser igual ao que alguém determinou ser normal, quando o normal é que cada um seja como nasceu para ser. Começam na negação da verdade a respeito de si mesmo em favor dos valores sociais impostos (2011, p. 2).

O estigma atribuído ao transtorno mental e aos instrumentos surgidos após a reforma psiquiátrica, pode reduzir as chances que o usuário tem de estabelecer vínculos com a sociedade e compartilhar de outros ambientes sociais, sem que haja limitações ou constrangimentos. A relação que a sociedade estabelece com transtorno mental, num posicionamento hegemônico pode minimizar possibilidades dos usuários terem suas capacidades e outros atributos percebidos por parte da sociedade que, muitas vezes, não conseguem enxergar as potencialidades desse usuário, veem apenas a “loucura” como justificativa para condiciona-lo à margem da sociedade.

A Pessoa 1, ao ser entrevistada, apresenta a percepção que, se dependendo do indivíduo, fazer chacota, incentivar a situação vexatória é errado, contudo ele relativiza a sua posição.

“Eu penso é, dependendo da pessoa é errado neh?[...]” (Pessoa 1).

Quando questionado sobre a possibilidade de convívio harmonioso com as pessoas que tenham transtorno mental, onde possa dividir ambiente de trabalho, espaços públicos, áreas de lazer, a (Pessoa 4) restringe que conviveria apenas se a pessoa com transtorno mental tivesse laços sanguíneos.

“[...]eu não conviveria não, só conviveria se fosse parente meu, fora isso não” (Pessoa 4).

Em seguida, visto na fala da (Pessoa 2) demonstra preferir manter-se em distancia.

“Eu me afasto [...]”

A Pessoa 3 associa o transtorno mental à violência, o ser agressivo, capaz de cometer atrocidades instantâneas sem que haja motivação prévia, de modo que possa colocar sua vida em risco. E visto por essa perspectiva, prefere não ter contato com o usuário.

[...] “desde que ela não seja agressiva, elas têm condições de conviver com outras pessoas, se tiver um equilíbrio”. (Pessoa 3)

As pessoas com transtornos mentais além de terem que conviver com em realidade contestada pela sociedade, carregam sobre si o julgamento de um ser que tenha comportamentos agressivos, a loucura, muitas vezes, é comparada com atitudes perigosas. Cada vez que um ataque é protagonizado por alguém com diagnóstico de insanidade, reforça-se a convicção de que a criminalidade anda lado a lado com esses usuários. Contudo, segundo Ballone e Ortolani (2005, s. p.) “[...]a maioria das pesquisas ou não encontrou uma associação entre doença mental e o risco de cometer crimes de violência, ou encontrou apenas uma discreta associação, estatisticamente não significativa”. Ou seja, o ser violento, não é violento porque é

“louco”, a loucura não justifica a violência. Porém, ainda Segundo Ballone e Ortolani (2005, s. p.)

“De posse dos dados, a dupla de pesquisadores calculou a probabilidade de um doente mental se tornar um criminoso violento. Para a esquizofrenia a probabilidade é de 0,05%, ou seja, 5 agressores violentos entre 10.000 esquizofrênicos. Para a psicose afetiva a probabilidade é de 0,006%, ou de 6 violentos em 100.000 doentes com esta patologia.”

De acordo com Fazel, outros estudos indicam que ter uma doença mental, na realidade, aumenta o risco de o indivíduo ser vítima — e não autor — de atos violentos. “Não há sentido para o preconceito que essas pessoas sofrem. Dizer que são perigosas é errado e injusto. Já passou da hora de parar com esse tipo de discriminação. Preconceitos assim dificultam ainda mais a vida dos pacientes, impedindo que eles tenham uma vida normal dentro da nossa sociedade” (*apud*, OLIVETO, 2014). Dessa forma, as pesquisas comprovam que não justifica atrelar à pessoa com transtorno mental atitudes agressivas, que esse preconceito tende a prejudicar o tratamento do usuário assim como, ir na contramão da proposta da reforma psiquiátrica, e toda política do CAPS pautado na busca da autonomia do usuário e principalmente de re-inserção social, direito adquirido, barrado pela falta de informação das pessoas que dificultam esse processo e não reconhecem toda trajetória de luta.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integração social plena pelos usuários a todo instante é cerceada pelo estigma que tem sido algo de crescente atenção contemporânea, pois constitui para o indivíduo uma fonte de sofrimento, condicionando perda de oportunidade, baixa estima e perda da qualidade de vida. A contextualização histórica desde os tempos de manicômios até a contemporaneidade é fundamental para a compreensão dos prejuízos causados pelo estigma à pessoa com transtorno mental. A inclusão social não está sendo efetivada, o CAPS realiza o tratamento, a família tem a responsabilidade dos cuidados com o usuário e a comunidade por sua vez não contribui com a reinserção do indivíduo na sociedade.

A premissa básica que rege o convívio social harmonioso que é o respeito e o direito garantido não está sendo cumprido quando se trata de “loucura”. A realização deste trabalho, motivado pela observação realizada durante a experiência estagiária no CAPS ANA Nery demonstrou o quão complicado é quebrar os paradigmas tão consolidados na sociedade. Mesmo após a reforma psiquiátrica, o que percebe-se e fora documentado através de pesquisa, é que a loucura ainda permanece fadada a exclusão, considero que o convívio social se torna um “manicômio a céu aberto”. Contudo, é preciso continuar lutando contra a discriminação, preconceito e exclusão que permeia o transtorno mental, visto que, se a luta não persistir há concretamente a possibilidade do retorno de práticas desumanas no tratamento da loucura.

Os dados deste trabalho caracterizam que o estigma da loucura percorreu na sociedade desde o final da idade média, século XVII, são quatrocentos anos de exclusão e somente através de muita luta aguerrida de combate ao modelo hospitalocêntrico em 2001, é que passou a ser prevista na Lei 10.216 o novo modelo de atenção ao transtorno mental. Conseqüentemente, levará um tempo para absorção do quanto é importante para o tratamento do usuário esse convívio.

Para isso, é preciso desmistificar a figura do louco como um ser agressivo ou passivo de alguma doença contagiosa que o impeça de conviver em sociedade, sem que seja rotulado. É fundamental investimento numa política de informação em cadeia nacional através da mídia em geral, na tv, na rádio, na internet, uma forma de alcance maciço da importância dos avanços na saúde mental.

A ação descentralizada do CAPS facilita nas decisões pertinentes de cada região, mesmo assim, percebe-se através de todo trabalho extra muros desenvolvido pela equipe, e são muitos, que falta incentivo, é preciso mais notoriedade sobre a importância do mesmo para o tratamento. A fidelidade da equipe também deve ser garantida, o desenvolvimento do trabalho deve ser contínuo sem que seja interrompido por mudança de gestão, que não haja rompimento nessa ligação dos usuários com cada funcionário do CAPS. A coordenação tem que trabalhar em prol da saúde mental e não para o gestor, o ator principal é o usuário, todo trabalho deve ser voltado para sua autonomia. Na comunidade deve se abrir mais espaços para debater a história da loucura para só assim perceber os avanços obtidos e continuar buscando melhorias para o transtorno mental.

6 - REFERÊNCIAS

AMSTALDEN, Ana. In; PASSOS, Eduardo. **A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental**. Acessado em: 25/09/2017. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma.html>

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S.(Org.) *Saúde e Democracia: a luta do cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.163-185.

ANTUNES, Sônia Marina Martins de Oliveira. In: QUEIROZ, Marcos de Souza. **A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa**. Cad. Saúde, Rio de Janeiro, 23(1): 207-215, jan, 2007.

ASSIS, Machado. **O alienista**. Rio de Janeiro: Três livros e Fascículos, 1984.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**– 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013.

Ballone GJ, Ortolani IV - Comportamento Violento - in. PsiqWeb, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br, revisto em 2005

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Loucura, direito e sociedade um laço de presunções ideologicamente justificadas**. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 119, 2012.

BRANCO, Thyara Castelo. **O Holocausto manicomial: trechos da história do maior hospício do Brasil**. Justificando Mentas inquietas pensam direito. 2015.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Supremo Tribunal Federal, n.96;2017, Brasília, 2017.

_____, Lei nº 8.742. Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Brasília: DF, 7 de dezembro de 1993.

_____. Lei 8080/90. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Acessado em: 10/08/2017 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

_____. Ministério da Saúde. Lei n. 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**. Diário Oficial da União, seção 1.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, novembro de 2005

BRITO, Zuleite Noreto. **A Sociedade e a Produção da Loucura.** 2011. Acessado em: 27/09/2017 Disponível em: <http://encenasaudemental.net/narrativas/relato/a-sociedade-e-a-producao-da-loucura/>

CAMARGO, Sabrina. **Um olhar sobre a loucura de Foucault.** CienteFico. Ano III.v I. Salvador, janeiro-junho 2003.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico.** Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1978. 304 p.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

FIGUEIRÊDO, Marianna Lima de Rolemberg, DELAVATI, Dalnei Minuzzi, TAVARES, MArcelo Góes. **Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil.** Cadernos de Graduação,

FIOCRUZ, Casa de Osvaldo. **HOSPÍCIO DE PEDRO II Denominações: Hospício de Pedro II (1841); Hospício Nacional de Alienados (1890); Hospital Nacional de Alienados (1911).**

FOUCAULT M. **História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1978

_____, Michel **Vigiar e Punir.** Petrópolis: Vozes, 1997.(original de 1975).

_____. Michel. **Os anormais.** São Paulo: Martins Fontes, 2001. P. 32

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: LTC; 1988.

_____, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo Brasil 1974

JUNIOR, Rubens Correia; VENTURA, Carla Arena. **O tratamento dos portadores de transtorno mental no Brasil – da legalização da exclusão à dignidade humana.** Artigo Original 09/08/2013.

Jurisprudência COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. 2004. **Demanda en el Caso *Damião Ximenes Lopes* (Caso 12.237) contra la República Federativa del Brasil.** 1 out. Disponível em: <http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/ximenes/dcidh.pdf>>. Último acesso em: 6 maio 2011.

MATEUS, Mário Dinis. **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira/** São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. Cap. 7, Pag. 139-155.

MARCANTONIO, Jonathan Hernandes. **A Loucura Institucionalizada: sobre manicômio e outras formas de controle.** Psicólogo inFormação ano 14, n, 14 jan./dez. 2010

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes e VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. **O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental.** SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) [online]. 2008, vol.4, n.2, pp. 00-00. ISSN 1806-6976.

Organização Mundial da Saúde. **Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.** 2001.

OLIVETO, Paloma. **Estudos mostram que pessoas com transtornos mentais cometem menos crimes do que as ditas normais.** 2014.
Disponível em: <http://www.uai.com.br/app/noticia/saude/2014/05/15/noticias-saude,192424/estudos-mostram-que-pessoas-com-transtornos-mentais-cometem-menos-crim.shtml>

PEREIRA J F. **O que é Loucura.** São Paulo: Brasiliense; 1985.

RAMMINGER, T. **A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico.** Bol. da Saúde, v.16, n.1, 2002.

ROSATO, Cássia Maria, CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Caso Damião Ximenes Lopes: mudanças e desafios após a primeira condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos.** Revista de Direitos Humanos, v. 8 • n. 15 • dez. 2011 Semestral.