UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO
Linha de Pesquisa Psicologia Cognitiva e Psicologia Social

VICTOR HUGO LIMA BARROS

O PALIMPSESTO DA LOUCURA: UMA RELEITURA HISTÓRICO-SOCIAL DA ESQUIZOFRENIA

Orientador: Prof. Dr. Marcus Eugênio Oliveira Lima

SÃO CRISTÓVÃO/SE
2026

VICTOR HUGO LIMA BARROS

O PALIMPSESTO DA LOUCURA: UMA RELEITURA HISTÓRICO-SOCIAL DA ESQUIZOFRENIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal de Sergipe – PPGPSI - UFS como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Psicologia.

Orientador: Marcus Eugênio Oliveira Lima

SÃO CRISTÓVÃO/SE
2026

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

B277p

Barros, Victor Hugo Lima
O palimpsesto da loucura: uma releitura histórico – social da Esquizofrenia / Victor Hugo Lima Barros ; orientador Marcus Eugênio Oliveira Lima. – São Cristóvão, SE, 2026.
105 f.

Dissertação (mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Sergipe, 2026.

1. Psicologia. 2. Esquizofrenia (Psicologia social). 3. Estereótipos (Psicologia social). 4. Representações sociais. 5. Loucura. 6. Psicopatologia. 7. Estigma (Psicologia social). I. Lima, Marcus Eugênio Oliveira, orient. II. Título.

CDU 159.9+616.895.8:316.647.8

COMISSÃO JULGADORA

Dissertação do discente Victor Hugo Lima Barros, intitulada: O palimpsesto da locura: uma releitura histórico-social da esquizofrenia, defendida e aprovada em 27 de agosto de 2026, pela banca examinadora e pelos professores doutores:

Prof. Dr. Marcus Eugênio Oliveira Lima
(orientador)

Rogério da Silva Paes Henriques
Universidade Federal de Sergipe (UFS)

Iara Andrade de Oliveira
Universidade Federal do Acre (UFAC)

AGRADECIMENTOS

Apesar de nobre, agradecer não é uma tarefa fácil, sobretudo quando há a participação direta e indireta de muitos agentes em uma jornada. Elenco aqui uma série de agradecimentos para pessoas que marcaram, de alguma forma, o meu caminho até aqui. A ordem é designada de modo apenas que faça sentido a leitura, pois incomensurável é a importância que cada um destes teve para que estejam classificados em qualquer ordem.

À minha família, cujo notável amparo em toda a jornada tornou possível a minha chegada até aqui. A qual também sei que sempre esteve, está e estará em minha torcida. À minha mãe, Dayse, que me ofereceu o seu melhor em conjunto com meu (pai)drasto Genisson. Meu irmão Davi, que apesar do típico isolamento adolescente, não posso deixar de mencionar o quão importante é sentir-se uma das referências para alguém em formação.

À minha namorada, Hemilly, com quem compartilho a minha vida desde a adolescência e com quem pretendo dividir todos os momentos que eu tiver em vida. Muito obrigado pelo apoio e amparo nesses momentos difíceis (e tantos outros) que foram essenciais para a escrita deste trabalho, sem você teria sido muito mais árdua a tarefa de ler extensos artigos, teses, dissertações e livros e condensá-los em uma dissertação.

Aos meus avós, Raimundo e Cida, que me deram a base necessária para construir o meu futuro. O meu avô que desde que entrei no mestrado já me adjetivava e me apresentava como Mestre para todos os que conhecia, mesmo ainda sem ser, agora poderá fazê-lo de maneira oficial.

Acredito que nesta etapa é indispensável pautar o quão importante foi e é o papel do orientador. Que para além de orientações técnicas, aulas iluminantes e o contato com um vasto conhecimento, o orientador também pôde ver o humano que pesquisa e escreve, e isso é fundamental. Ao meu orientador, o professor Marcus Eugênio, que me acolheu há três anos como aluno especial de sua disciplina e me apresentou com uma ímpar qualidade a Psicologia Social: meu sincero agradecimento!

Ao grupo de pesquisa Psicologia Social do Preconceito, cujas reuniões me deram vastas ideias e me permitiram compartilhar tantas outras. Lembrarei dessa fase com muito carinho sempre que pensar nesse período da minha vida. Assim como o Observatório Permanente dos Preconceitos das Escolas, cuja integração com o grupo de pesquisa da professora Dalila (e ela mesma) rendeu importantes reuniões e trabalhos que impactaram diretamente o meu Eu acadêmico e o meu Eu humano.

Por fim, agradeço a todos os autores e autoras, vivos e *in memoriam,* que dedicaram grandes partes de suas vidas para a construção do saber. Sem o profundo conhecimento materializado por eles nos trabalhos utilizados aqui, este trabalho seguramente não seria possível.

“A psicologia nunca poderá dizer a verdade sobre a loucura, pois é a loucura quem detém a verdade da psicologia.”

Paul-Michel Foucault

RESUMO

A dissertação investiga a evolução histórica dos estereótipos e estigmas associados à loucura, adotando a esquizofrenia como caso paradigmático para analisar a persistência da exclusão social nas representações contemporâneas. Empregou-se uma abordagem qualitativa de caráter exploratório, ancorada em revisão bibliográfica e documental. A estruturação formal e epistemológica da pesquisa adota o modelo de ensaio de Theodor Adorno, recusando a sistematização fechada e a pretensão de esgotar o objeto em categorias estáticas. O referencial teórico apoia-se na Psicologia Social, mobilizando os constructos de representações sociais, estereótipos e estigmas. A análise demonstra que a matriz espacial e simbólica da exclusão deriva da resposta profilática à lepra na Idade Média. No período renascentista, o desvio comportamental foi objetivado pelo discurso teológico-inquisitorial. Entre os séculos XVIII e XIX, o alienismo operou a medicalização do sujeito, instituindo o confinamento asilar e a gerência estatal do tratamento moral. Na virada para o século XX, a psiquiatria biológica e o subsequente advento da psicofarmacologia impuseram o determinismo orgânico, transmutando a falha moral em anomalia cerebral e essencialismo biológico. Em contraposição, o movimento antimanicomial e a antipsiquiatria politizaram o sofrimento mental, defendendo a desinstitucionalização e a garantia de direitos civis. Os resultados indicam que o estigma da esquizofrenia funciona como um palimpsesto histórico. O núcleo estrutural de rejeição à alteridade mantém-se fixo, enquanto suas justificativas sofrem atualizações discursivas que adaptam a segregação aos paradigmas científicos e de controle de cada época.

Palavras-chaves: esquizofrenia; representações sociais; loucura; psicopatologia; estigmas; estereótipos

ABSTRACT

The dissertation investigates the historical evolution of stereotypes and stigmas associated with madness, adopting schizophrenia as a paradigmatic case to analyze the persistence of social exclusion in contemporary representations. A qualitative exploratory approach was employed, anchored in bibliographic and documentary review. The formal and epistemological structure of the research adopts Theodor Adorno's essay model, rejecting closed systematization and the pretension of exhausting the object within static categories. The theoretical framework relies on Social Psychology, mobilizing the constructs of social representations, stereotypes, and stigmas. The analysis demonstrates that the spatial and symbolic matrix of exclusion derives from the prophylactic response to leprosy in the Middle Ages. During the Renaissance, behavioral deviance was objectified by theological-inquisitorial discourse. Between the 18th and 19th centuries, alienism drove the medicalization of the subject, instituting asylum confinement and the state management of moral treatment. At the turn of the 20th century, biological psychiatry and the subsequent advent of psychopharmacology imposed organic determinism, transmuting moral failure into cerebral anomaly and biological essentialism. In contrast, the anti-asylum movement and anti-psychiatry politicized mental suffering, advocating for deinstitutionalization and the guarantee of civil rights. The results indicate that the stigma of schizophrenia functions as a historical palimpsest. The structural core of rejection of alterity remains fixed, while its justifications undergo discursive updates that adapt segregation to the scientific and control paradigms of each era.
Keywords: schizophrenia; social representations; madness; psychopathology; stigmas; stereotypes

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS..... 3
1. INTRODUÇÃO.....8
2. OBJETIVOS.....13
2.1. Objetivo Geral..... 13
2.2. Objetivos Específicos.....13
3. MÉTODO..... 13
3.1. Descrição..... 13
3.2. Procedimentos Metodológicos.....14
TÓPICO 1..... 15
1. Nosografia e delineamentos da Esquizofrenia..... 15
1.1 O surgimento do tratamento farmacológico, as mudanças sociais e o modelo de amparo estatal..... 17
TÓPICO 2..... 20
2.1 Representações Sociais..... 20
2.2 Estereótipos.....24
2.3 Estigmas..... 29
TÓPICO 3..... 33
3. O Período da Lepra e das Instituições Religiosas.....33
3.1 O surgimento das instituições médicas no entendimento da loucura.....44
3.1.1 Philippe Pinel..... 45
3.1.2 Jean-Étienne Dominique Esquirol.....48
3.1.3 Antoine-Laurent Bayle..... 53
3.1.4 Bénédict Augistin Morel..... 54
3.1.5 Wilhelm Griesinger.....58
3.1.6 Emil Kraepelin.....60
3.1.7 Eugen Bleuler..... 62
3.2 Século XX..... 67
3.3 Antipsiquiatria e Movimentos Sociais..... 79
TÓPICO 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....88
4.1 Marcos Históricos e Narrativas Culturais da Loucura.....88
4.2 O Papel das Instituições e do Conhecimento Científico na Perpetuação do Estigma90
4.3 A Manifestação Contemporânea do Estigma e o Impacto Psicossocial na Esquizofrenia..... 92
4.4 A (Re)significação do Estigma.....94
4.5 Limitações do Estudo e Encaminhamentos Futuros.....95
REFERÊNCIAS..... 98

1. INTRODUÇÃO

A loucura é um fenômeno sócio-histórico amplo que abarca uma pluralidade quase que infindável de condições e desvios de comportamento. Investigar a evolução histórica dos estereótipos e estigmas da esquizofrenia, demonstrando sua persistência e (re)significação nas representações sociais contemporâneas é o objetivo norteador deste trabalho. Mais do que qualquer outra condição, a esquizofrenia é adotada em várias partes deste trabalho porque a mesma herda um histórico legado da loucura indiferenciada, tornando-se um alvo principal da estigmatização social (Baltasar; Pereira; Souza, 2020).

Por estas razões, este trabalho se embasa em contribuições históricas (enquanto herdeira do legado da loucura), sociais (perante as representações sociais associadas ao transtorno) e metodológicas (diante da categorização nosológica) que tornam a esquizofrenia um caso paradigmático na compreensão e persistência das representações sobre a insanidade mental na contemporaneidade

No imaginário social contemporâneo, a esquizofrenia ocupa um lugar referencial perante a loucura. Embora outros transtornos mentais, a exemplo da depressão e da ansiedade, tenham sido normalizados em certa medida, a esquizofrenia ainda condensa estigmas radicais associados à ideia de insanidade, como a perda do juízo, da imprevisibilidade, da desconexão com a realidade e, sobretudo, da periculosidade.

Os estereótipos mais comuns sobre a “pessoa louca” estão vinculados aos sintomas inerentes à esquizofrenia. Alguns exemplos de estereotipias podem ser reconhecidos em casos de alucinações auditivas, visuais e delírios. Além disso, a sua formalização como categoria nosológica pela psiquiatria a posiciona como o resultado direto do processo histórico aqui analisado. Assim, a escolha pela

esquizofrenia representa uma delimitação metodológica que permite investigar com maior profundidade e clareza a forma como as representações sociais atravessam os séculos e, no tempo presente, continuam a impactar a vida dos sujeitos.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), a esquizofrenia é um grave transtorno mental que afeta 24 milhões de pessoas em todo o mundo, ou seja, 1 a cada 333 pessoas são diagnosticadas com esse transtorno. A OMS ainda aponta outros dados epidemiológicos muito importantes: **I.** o início do transtorno se manifesta, geralmente, durante o fim da adolescência e nos vinte anos de idade; **II.** tende a acontecer mais cedo entre homens do que entre as mulheres; e **III.** as pessoas com esquizofrenia têm 2 a 3 vezes mais chances de morrerem precocemente do que a população geral.

Não obstante, esses dados revelam que há o aumento substancial da taxa de suicídio na população esquizofrênica em comparação com a população geral, motivado pela descoberta do transtorno, pela negligência ao tratamento e pelos sintomas positivos como delírios e alucinações auditivas. A chance de risco de suicídio ao longo da vida é de aproximadamente 5% (Hor; Taylor, 2010), sendo a taxa de mortalidade 2,4x maior nesse grupo social (Peritogiannis; Ninou; Samakouri, 2022).

O Ministério da Saúde (2021) aponta que 1,6 milhão de brasileiros são portadores de esquizofrenia. Significa dizer que 1 em cada 133 pessoas são diagnosticadas no país, uma incidência 2,5x maior em relação à população global. O governo brasileiro dispõe de serviços substitutivos, que visam acolher e promover um tratamento especializado à essa população, contando com Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), consultórios de rua, Unidades Básicas de Saúde e leitos em hospitais psiquiátricos.

A esquizofrenia é uma psicopatologia que possui um significativo impacto na vida do sujeito e em suas relações sociais. Ainda que o tratamento tenha passado por melhorias significativas, a exclusão social e o estigma ainda são desafios significativos para essa população (Millan, 2012). Diante dessa realidade, o presente estudo busca analisar e discutir marcos históricos que fundamentam a visão ocidental sobre essas pessoas.

Essa população possui uma significativa afetação em sua qualidade de vida quando comparada com a população geral. Esse contraste afetivo é abrangente e está inserido nas diversas esferas da vida social do sujeito, sejam elas físicas (Feitoza, 2024), psíquicas (Cardoso, 2007) ou sociais (Medici, 2015). A exclusão desses indivíduos também se mostra como um ciclo de afastamento social que contribui para o isolamento social e os pensamentos suicidas (Baltasar; Pereira; Souza, 2020).

A esquizofrenia tem sido entendida há muito tempo como um transtorno devastador para o esquizofrênico e sua família, ainda que os tratamentos tenham evoluído de forma significativa e conseguido fornecer alguma qualidade de vida para esses indivíduos (Tsuang; Stone; Faraone, 2000). Apesar disso, o estigma social produz sofrimento, preconceito e prejuízos em seu desenvolvimento físico, psíquico e cognitivo (Baltasar; Pereira; Souza, 2020). Uma gama de estudos aponta que pessoas esquizofrênicas comumente manifestam os primeiros sintomas na fase infante e adolescente antes de receberem o diagnóstico de esquizofrenia (Tostes, 2020).

A empatia, que também é uma importante e complexa função cognitiva, mostra-se prejudicada em sujeitos com esquizofrenia, gerando comprometimento sociocognitivo que interfere diretamente no grau de comprometimento e

funcionamento diário da pessoa (Green; Horan; Lee, 2015). Com uma sintomatologia repleta de afetações sociais, faz-se necessário a busca por um estudo norteado pela Psicologia Social, cujas esferas de análise passarão por um amplo respaldo teórico (representações sociais, estereótipos e estigmas) que abarcam o pensamento coletivo, a rotulação individual e a exclusão social.

Na Psicologia Social, o conceito de Representações Sociais, originalmente apresentado por Serge Moscovici (1961/2009), nos ajudará a compreender como a esquizofrenia herda, socialmente, o legado da loucura. Representações Sociais são um conjunto complexo de valores, práticas e ideias cuja função é dupla: primeiro, estabelecer uma ordem que permite aos indivíduos o domínio e a orientação no mundo material e social; segundo, possibilitar a comunicação entre os membros da comunidade (Moscovici,1961/2009).

Essas representações sociais são modalidades de um conhecimento que circulam no cotidiano do senso comum. Dentro dessa perspectiva, dois fenômenos fundamentais operam na construção desse conhecimento: a ancoragem, que consiste no processo de assimilação de novas informações atreladas a um conteúdo cognitivo-emocional pré-existente; e a objetivação, que torna um conceito abstrato em algo tangível. Tais conceitos possibilitam uma lente panorâmica que deve nos auxiliar a analisar a forma como a sociedade precisa domesticar o desconhecido (aqui, a esquizofrenia) para torná-lo familiar.

Um conjunto de comportamentos inerentes ao diagnóstico do paciente esquizofrênico podem modelar a forma como a sociedade percebe e interage com esses indivíduos. Para lidar com a incerteza gerada por comportamentos que desafiam a norma, a cognição humana lança mão de estratégias simplificadoras. A vasta gama de processos mentais ocorre de forma simultânea enquanto

reconhecemos aspectos do cotidiano. Um desses recursos é a capacidade de aplicar e utilizar-se de estereótipos. Estereótipos podem ter uma diversidade de características e conceitos, como demonstra Luis Antônio Monteiro Campos e colaboradores (2021), estereótipos podem ser uma lei do menor esforço (Allport, 1954/1979); Estratégias que simplifiquem problemas complexos (Fiske; Taylor, 2013); ou ainda atribuição de características psicológicas gerais a grandes grupos humanos. Os estereótipos são certas generalizações realizadas por indivíduos. Derivam predominantemente ou são instâncias do processo cognitivo geral da categorização" (Tajfel, 1982). Essa categorização individual nos oferece a possibilidade de ler a loucura enquanto um fenômeno entremeado por marcas sociais que sofrem pouca ou nenhuma mudança com a passagem do tempo, como será abordado nos capítulos seguintes.

Por fim, a marcação individual, aqui argumentada por Erving Goffman (1988), cuja profunda depreciação do indivíduo marcado o diminui enquanto uma pessoa, tendo em sua aceitação social um afastamento por parte da sociedade em virtude da deterioração de sua identidade. Como último aspecto do "guarda-chuva" proposto: a marcação individual.

Dentro do contexto aqui introduzido, é necessário aprofundar o entendimento da complexidade social envolta na forma como a sociedade geral lida com a população com esquizofrenia. Traçando um perfil histórico e delimitado por marcos sociais, entender a loucura aprofunda a possibilidade de questionamentos acerca da perpetuação de preconceitos e estigmas até o momento presente. Entender os aspectos que antecedem a esquizofrenia no tempo moderno é uma via que permite uma análise prática sobre o fenômeno da exclusão social vivenciada por esses indivíduos, bem como as representações sociais que lhes são imputadas. Isto

significa dizer que o papel deste trabalho é enriquecer o entendimento coletivo acerca de uma perpetuada exclusão social com base na história e literatura científica.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Investigar a evolução histórica dos estereótipos e estigmas da loucura, demonstrando sua persistência e (re)significação nas representações sociais contemporâneas.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar os marcos históricos e as narrativas culturais predominantes que moldaram as representações sociais da loucura e da esquizofrenia em diferentes épocas.
- Investigar o papel das instituições (religiosas, médicas, estatais) e do conhecimento científico na perpetuação e/ou ressignificação dos estereótipos e estigmas da loucura ao longo da história ocidental.
- Discutir as formas pelas quais os estereótipos e estigmas históricos da loucura se manifestam na experiência atual de indivíduos com esquizofrenia, impactando na sua qualidade de vida e na sua inserção social.

3. MÉTODO

3.1. Descrição

O presente estudo adota uma abordagem qualitativa de pesquisa, com caráter exploratório e descritivo, fundamentada em uma revisão bibliográfica. A pesquisa visa investigar a evolução dos estereótipos e estigmas da loucura, demonstrando sua persistência e (re)significação nas representações sociais contemporâneas.

Para tal, a metodologia será estruturada em uma análise aprofundada de literatura especializada.

A estruturação formal e epistemológica da pesquisa adota o modelo de ensaio de Theodor Adorno (2003). A escolha recusa a sistematização fechada e a pretensão de esgotar o objeto em categorias estáticas. A escrita articula-se de forma fragmentária e dialética, expondo as contradições inerentes à construção histórico-social da loucura e da esquizofrenia. Essa abordagem compreende o fenômeno através de suas tensões estruturais, rejeitando a totalização dogmática em favor de uma análise imanente e crítica das representações sociais.

3.2.Procedimentos Metodológicos

A pesquisa foi desenvolvida por meio de uma revisão bibliográfica e documental abrangente, focada em identificar e analisar as representações sociais da loucura ao longo da história ocidental. Foi realizada uma busca e seleção de obras literárias, históricas, filosóficas e sociológicas que abordam a conceituação e a percepção da loucura em diferentes épocas, recortado a partir do período do surgimento da lepra até a Idade Moderna. Com isso, considera-se os marcos históricos que impactam diretamente nessa construção.

Será feita uma análise científica com bases de dados acadêmicas (ex: Scielo, Periódicos CAPES, PePsic, dentre outros). A fim de encontrar pesquisas que abordem e integrem criticamente a análise feita a seguir tanto teórica quanto metodológica.

TÓPICO 1

1. Nosografia e delineamentos da Esquizofrenia

Neste capítulo abordaremos os delineamentos da esquizofrenia, estabelecendo-a como o campo paradigmático a partir do qual a análise histórica da loucura será desenvolvida. Para investigar a evolução histórica e a persistência dos estigmas é fundamental, *a priori*, caracterizar as múltiplas dimensões do fenômeno; e então, *a posteriori*, contextualizar o cenário assistencial brasileiro, traçando seu percurso desde a Luta Antimanicomial até a estruturação de uma rede de cuidados substitutiva.

Além disso, o percurso expositivo se dará a partir da apresentação nosológica, abordando sintomas que a definem. Em seguida, ampliando a análise para seus impactos no núcleo familiar, aspecto central para o alcance psicossocial do transtorno.

Segundo a American Psychiatric Association (APA), a esquizofrenia se localiza dentro de um espectro dos transtornos psicóticos. Os sintomas positivos principais são os delírios (variam entre persecutórios, referência, grandeza, niilistas, somáticos e erotomaníacos), alucinações (sendo a auditiva a mais comum), desorganização do pensamento e comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (DSM-5, 2013/2015).

Ainda segundo o DSM-5, os sintomas negativos mais frequentes em quadros de esquizofrenia são a expressão emocional diminuída e avolia (perda ou redução

da vontade de iniciar e manter atividades autoiniciadas, mesmo que essas atividades tenham um objetivo final), não incomumente havendo também a presença da alogia, anedonia e a falta da sociabilidade. Segundo Dalgalarrondo (2019), os sintomas negativos precisam ser avaliados sobre a sua natureza, se são primários (intrínsecos à esquizofrenia) ou se são secundários (causados por efeitos adversos dos medicamentos). É destacado também o impacto que sintomas positivos podem ter sobre os negativos, a exemplo de um receio de retaliação oriundo de um delírio ao pôr o sujeito em isolamento social.

A família, parte integrante do tratamento ao paciente, se mostra como um grupo social que também requer cuidados. Há a notável presença de conflitos no convívio diário, desgaste físicos e emocionais profundos, o que compromete de forma significativa o convívio social e a saúde mental de quem exerce o papel de cuidador (Carvalho et al., 2017). É comum que a família vivencie experiências como a incerteza em relação ao futuro, preocupação quando o familiar esquizofrênico sai sozinho e demora a retornar para casa, dificuldades sociais e financeiras, entre outras (Giacon; Galera, 2013).

As crises do paciente também são motivo de constante preocupação, tendo em vista o fato de que quanto maior o número de internações, maiores são as chances de recaída. Nota-se que tal recorrência gera uma série de prejuízos, limitações e perdas (Zanetti, 2018).

Recaídas psiquiátricas são incapacitantes e angustiantes para os indivíduos esquizofrênicos. Como consequência, há uma série de deteriorações progressivas que interferem no tratamento e no prognóstico do paciente (Olivares, 2013). Nota-se que a hospitalização, a não adesão ao tratamento farmacológico, o estresse, as

comorbidades e o estilo de vida são os principais fatores de risco para uma recaída (Olivares, 2013).

No entanto, destaca-se que o termo “recaída” é questionável, visto que não há uma cura para a esquizofrenia. Portanto, é preciso problematizar a utilização da palavra, já que, na verdade, o que ocorre é um novo rompimento com a realidade que se agrava e faz com que o indivíduo recidiva continuamente, não havendo retorno para a condição original a partir do momento da crise.

1.1 O surgimento do tratamento farmacológico, as mudanças sociais e o modelo de amparo estatal.

O tratamento farmacológico para a grande maioria dos transtornos mentais é relativamente recente. Os primeiros fármacos a terem a sua eficácia testada para essa população surgiram nos anos 1950, revelando novas formas de se tratar e enfrentar a esquizofrenia e fazendo com que os pacientes fossem, paulatinamente, inseridos na sociedade. Até então, o tratamento oferecido para esses indivíduos consistia no confinamento em hospitais ou asilos por toda a sua vida (Alves; Silva, 2001).

Além do advento dos psicotrópicos, sua gradual verificação e aprimoramento da eficácia só foi possível porque, em 2001, foi sancionada a Lei 10.216 pelo então presidente da República Fernando Henrique Cardoso, legalizando o que ficou conhecido como Lei Antimanicomial (Brasil, 2001).

Entretanto, a Lei Antimanicomial foi precedida por décadas pela chamada “Luta Antimanicomial”. Nascida na década de 1960, na Itália, ela foi encabeçada pelo médico psiquiatra Franco Basaglia, com o objetivo de eliminar os ambientes manicomiais. O embasamento era a discordância social diante das práticas

eugenistas e higienistas estabelecidas nestes ambientes de internação (Júnior, 2020).

O movimento de Luta Antimanicomial sofreu repúdio do empresariado das assistências asilar psiquiátrica, quando foi deflagrado, em 1987, no Brasil. Isso se devia ao fato de que o deslocamento desses pacientes para meios alternativos de tratamento implicava em uma perda significativa dos seus ganhos (Júnior, 2020).

Nas políticas de saúde mental, na década de 1980, a insatisfação popular era evidente diante da crise e falência previdenciária, o governo comprava serviços psiquiátricos do setor hospitalar, corroborando para o sucateamento, a privatização e a falta de investimentos no tratamento público de saúde mental. Com isso, alastrava-se o caos no setor de assistência social. Em virtude desses fatos, o transtorno mental era considerado como um objeto “lucrativo” e a hospitalização se mostrava um mercado promissor. Tal situação foi denominada da seguinte maneira por Carlos Gentille de Melo: “Indústria da loucura” (Gomes, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (2021), a Lei Antimanicomial trouxe mudanças graduais no Sistema Único de Saúde (SUS) em relação à assistência em saúde mental. Em 2002, foram substituídos os Hospitais Psiquiátricos por Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) em todo o território nacional, com o objetivo de acolher pacientes com transtornos mentais, prestar serviços de assistência psicológica e médica, bem como reintegrar os pacientes na sociedade. O SUS também estabeleceu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para a organização e estabelecimento de fluxos de atendimento de pessoas com problemas mentais, desde transtornos menos complexos aos mais graves.

Segundo levantamento do Ministério da Saúde, em 2020 o Brasil contava com 2661 CAPs, sendo um serviço constituído pelo seu caráter aberto e comunitário,

dotado de atendimento multiprofissional e de trabalho sob a ótica interdisciplinar, tendo como atendimento prioritário as pessoas em sofrimento ou com transtorno mental. São incluídas nesse sistema as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em situação de crise ou de reabilitação social.

Foram criados também os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que são locais de moradias destinados a pessoas com transtornos mentais, dependentes de álcool e outras drogas e pessoas em situação de vulnerabilidade social. Do mesmo modo, foram implementadas as Unidades de Acolhimento (UA), que são estruturas com funcionamento de 24 horas por dia, oferecendo cuidado contínuo em saúde em ambiente residencial. Pessoas com transtornos mentais também têm direito a leitos em hospitais gerais. Estima-se que existam 1622 leitos em 305 hospitais gerais pelo Brasil.

Após esse percurso, passando pela caracterização nosológica, o impacto familiar até o papel assistencial estatal, o presente tópico buscou estabelecer a base sobre a qual a investigação histórica e teórica será construída. No tópico a seguir, apresentaremos as ferramentas conceituais da Psicologia Social que irão alicerçar a análise.

TÓPICO 2

Para verificarmos a persistência de estigmas e sua (re)significação, de acordo com a proposta do presente trabalho, é imprescindível recorrer às conceituações da Psicologia Social. A partir de agora, pauta-se sobre as noções de representações sociais, os estereótipos e os estigmas, diferenciando as facetas e processos de internalização. O percurso iniciará na exploração das representações sociais, conceito abordado sob a ótica de algumas das obras de Serge Moscovici (1961/2009) e Denise Jodelet (2004), cujo estudo oferece um modelo fundamental para a compreensão de como o estigma é produzido e sustentado em práticas cotidianas.

Deste modo, as ferramentas teóricas apresentadas serão a base para a interpretação dos marcos históricos discutidos nos capítulos seguintes. Seguindo para os estereótipos, o trabalho se apoia em conceituações e aplicabilidades trazidas por autores clássicos como Allport (1954/1979) a fim de estreitar uma linha de trabalho que explique o quanto os aspectos sociais são significativos na compreensão do estigma. Sendo assim, ampara-se a análise nesses três conceitos pilares que estão nas linhas gerais da fundamentação desta pesquisa.

2.1 Representações Sociais

Se o modelo do autoestigma de Corrigan e Watson (2002) oferece um arcabouço para compreender como o estigma é internalizado pelo indivíduo, a obra de Denise Jodelet (2004), *Loucuras e Representações Sociais*, permite compreender o processo social que produz e sustenta esse mesmo estigma. A pesquisa de Jodelet, considerada um marco nos estudos da Psicologia Social, investiga como uma comunidade constrói, na prática cotidiana, a sua relação com a alteridade da loucura. O campo de estudo é a Colônia Familiar de Ainay-le-Château,

na França, cuja localidade acolhia doentes mentais que viveram, durante décadas, inseridos em lares de famílias locais, chamadas "hospedeiras".

A Teoria das Representações Sociais, elaborada por Serge Moscovici (que também foi orientador da tese de Doutorado de Denise Jodelet), explicita como o conhecimento é construído e difundido entre as pessoas em seu cotidiano. Tal processo ocorre a partir de duas funções principais: ancoragem e objetivação. A primeira, liga um conhecimento recém adquirido a um esquema já existente; a segunda, dá a forma e a materialidade ao conhecimento através de imagens e metáforas, oferecendo acessibilidade e praticidade para a ação social (Moscovici, 1961/2009).

Nesse cenário de contato diário e inevitável, Jodelet buscou responder a uma questão fundamental: como as representações sociais da loucura explicam a relação com o doente mental?

Longe de encontrar uma normalização ou uma diluição do estigma pelo contato contínuo, Jodelet revela um complexo e incessante trabalho social de diferenciação ou de produção da alteridade. A primeira e mais fundamental distinção que a comunidade opera é a categorial, separando o mundo entre os "civis" (“os sãos", os habitantes locais) e os "não-civis" ou "malucos" (“os doentes”, os outros). Essa classificação, que tem como base o status legal e a dependência institucional do doente, serve como um operador cognitivo que guia todos os comportamentos e práticas, reafirmando a todo momento a fronteira entre "nós" e "eles". Essa demarcação se manifesta em todos os espaços da vida pública, desde a segregação sutil nos cafés até a relutância em permitir que os doentes participem plenamente das festas locais, dançando com as moças do lugar.

O ponto mais profundo e revelador da análise de Jodelet, contudo, é a descoberta da representação social que permeia todo esse sistema de segregação: a crença no contágio. Esse temor não se manifesta como uma crença médica ou científica na transmissibilidade da doença, mas como um medo simbólico, arcaico e difuso de uma "impregnação" pela loucura. A autora demonstra que essa representação subjacente de contágio se materializa em uma série de rituais, práticas de purificação e distanciamento no cotidiano das famílias hospedeiras. Gestos que poderiam parecer triviais ganham um novo e poderoso significado: lavar separadamente a roupa dos doentes, não misturar suas vasilhas com as da casa, evitar contatos físicos íntimos, dentre outros.

Essas "ações representacionais", como as chama Serge Moscovici no prefácio da obra, não são meros preconceitos; são a objetivação da loucura, ou seja, a forma como o grupo social age para se defender da angústia provocada pela proximidade com a diferença e que, consequentemente, reafirma a sua própria identidade como "sã". A pesquisa de Jodelet demonstra como a produção dessas representações sociais são contínuas sobre o louco que, ainda que conviva dentro de casas e de famílias, apresenta marcas que lhe são atribuídas a partir de uma perspectiva de estranheza face às suas condições.

Embora o estudo de Jodelet tenha sido feito na França rural da década de 1980, hoje em dia, no Brasil, o análogo cenário pôde ser visto em 2013, onde foi realizada uma pesquisa para o levantamento de dados acerca das reportagens de um jornal brasileiro. De acordo com os pesquisadores, os canais de notícias observados ofereciam uma abordagem discursivo-temática que tratavam, em seu escopo, sobre a esquizofrenia à luz de perspectivas clínica e científica. Com isso, discutiam a condição dos portadores do transtorno mental. As reportagens, no

entanto, eram pertinentes ao ano de 2009, restando somente 35 artigos que tratavam categoricamente sobre os critérios de exclusão e inserção (Garcia, 2013). Nesta pesquisa a autora relata como o viés era notoriamente organicista, onde a esquizofrenia era encarada como uma falha genética ou biológica, cujo funcionamento do cérebro seria afetado, resultando uma confusão mental na vida do indivíduo. É ressaltado também que a explicação acerca da esquizofrenia era muito parca, pois sua definição não era trazida e o foco era dado à “degeneração neuronal”. Abordando as hipóteses do porquê essa linha editorial seria escolhida, a autora aventa duas hipóteses: a esquizofrenia estaria facilmente identificada enquanto doença pelo leitor a partir dessa definição; ou então esse mesmo sujeito já soubesse do que se tratava a esquizofrenia, sendo sua definição redundante.

Os resultados da pesquisa supracitada consideram alguns dados estatísticos. Por conseguinte, 74,2% dos entrevistados na cidade em que o jornal tinha sede consideravam pessoas com esquizofrenia potencialmente perigosas, 59% as consideravam capazes de provocar reações negativas e 57,2% acreditavam que os esquizofrênicos eram capazes de provocar discriminação na sociedade (Peluso; Blay, 2011). Essa pesquisa foi realizada dois anos após o levantamento dessas informações, cujos resultados denotam respostas estigmatizantes e aversivas do público geral, contribuindo para a formação de estereótipos prejudiciais aos portadores de esquizofrenia.

Quando essas reportagens traziam uma perspectiva individual e personalizada (dez notícias), os entrevistados eram lidos como incapacitantes, insanos e incapazes de distinguir o real do imaginário (sete notícias). Das sete, em cinco notícias os personagens eram lidos a partir de uma situação de violência, cuja esquizofrenia agiria como causa para crimes irracionais, brutais ou enquanto recurso

utilizado por réus em alegações jurídicas. Duas notícias traziam a lupa para o caráter negativo do transtorno. Na notícia de vieses positivos sobre os esquizofrênicos, a fala era abordada perante um retrato preconceituoso existente na sociedade ante à loucura (Garcia, 2013).

Seja em uma pesquisa envolvendo uma população recém inserida no convívio social, seja um levantamento acerca de reportagens que comentem sobre esse tema, as representações sociais se envolvem com a loucura e a esquizofrenia. Esta, por sua vez, é uma herança daquela, logo, torna-se um substrato excludente e hegemônico alicerçado de estereótipos. Sendo assim, infere-se quais são as causas de isolamento e distanciamento social.

2.2 Estereótipos

Como abordado anteriormente, os estereótipos são utilizados como recursos mentais importantes para lidar com aspectos do cotidiano. De acordo com a definição central de Pereira (2021), eles são crenças aplicadas às categorias sociais cuja entitatividade permite a diluição do pensamento individualizador e o substitui por uma noção generalista sobre um grupo.

Diferente da discriminação, que existe no plano das condutas, os estereótipos atuam no ramo das crenças. Pereira (2021) discorre sobre essas diferenças e destaca que os estereótipos não são crenças que, em regra, devam ser enfrentadas. As crenças implicam em um conjunto de ideias e noções que adotamos sobre nós, outras pessoas, o mundo e como ele funciona. No entanto, a afetação dos estereótipos não se limita ao caráter cognitivo enquanto estratégia mental e adaptativa, mas também tem influência em características práticas na vida dos indivíduos estereotipados. Destaca-se, por exemplo, as tomadas de decisões sobre

o julgamento de profissões (Santos; Cerqueira-Santos, 2022), as escolhas profissionais (Santos, 2018), a qualidade de vida e bem estar (Vieira; Lima, 2015) e a desigualdade de gênero (Brunelli, 2016).

Não obstante as ideias acima, lê-se no subtópico das representações sociais que uma parcela da população adota uma vasta gama de definições negativas sobre o esquizofrênico. Mas essas perspectivas não estão restritas ao senso comum, tampouco calcadas na ignorância sobre o transtorno, de acordo com os desdobramentos críticos propostos por Alexandre Loch (2013).

Em um congresso realizado em 2009, 1414 psiquiatras brasileiros participaram do estudo, sendo aplicado face a face um questionário sobre o estigma, os estereótipos, a distância social e o preconceito relacionados às pessoas com esquizofrenia.

O estudo em questão adotou o método comparativo para investigar, através de uma amostragem que conteve 2001 indivíduos, quais as considerações tidas pela População Geral (doravante será referida como “PG”) sobre os estereótipos frequentemente atribuídos à esquizofrenia.

A comparação direta entre as perspectivas dos psiquiatras e da População Geral (PG) revela divergências estruturais na atribuição de estereótipos. A característica 'esquisito' foi apontada como mais presente em pessoas com esquizofrenia por 70% dos psiquiatras, contra 44% da PG. Os profissionais de saúde mental também registraram taxas superiores na marcação dos atributos 'imprevisível' (60% dos psiquiatras *versus* 41% da PG) e 'sem higiene' (47% *versus* 27%). Em contrapartida, a População Geral apresentou índices mais elevados em estereótipos associados ao risco e ao déficit cognitivo. A percepção de que o esquizofrênico é 'perigoso' alcançou 29% na PG, ante 21% entre os psiquiatras.

Esse padrão de inversão se repete nas características 'não confiável' (29% na PG contra 15% nos profissionais) e 'pouco inteligente' (24% na PG e 14% nos psiquiatras).

A análise dos estereótipos positivos revela uma desqualificação mais acentuada por parte dos psiquiatras em comparação à População Geral (PG). Os profissionais avaliaram que características positivas estão "menos presentes" nos esquizofrênicos em proporções sistematicamente mais altas: 64% os julgam menos saudáveis de corpo e alma (frente a 49% da PG), 59% os classificam como menos controlados (frente a 50% da PG) e 54% os consideram menos racionais (ante 48% da PG). Essa subtração de atributos positivos evidencia como o rigor técnico pode ser acompanhado por um viés de incapacitação global do sujeito atrelado ao diagnóstico.

No âmbito da restrição de direitos civis, os dados demonstram contrastes atrelados à natureza do direito analisado. O endosso à internação involuntária é absoluto entre os psiquiatras (97%) e significativamente menor na PG (67%). Em contrapartida, a População Geral demonstra maior propensão a cercear o exercício da cidadania política do paciente: 45% da amostra leiga discorda que indivíduos com esquizofrenia devam manter o direito ao voto, restrição apoiada por apenas 24% dos profissionais. O direito à manutenção da carteira de motorista apresenta consenso, sendo defendido por 92% dos entrevistados em ambos os grupos.

A coleta destes dados ocorreu no mesmo período do levantamento sobre os enquadramentos midiáticos da esquizofrenia discutido anteriormente. Essa convergência temporal legitima as considerações finais de Loch (2013), que identifica os meios de comunicação como matrizes de informação da população. A qualidade dessas narrativas requer uma revisão estrutural, uma vez que operam

como mecanismos de manutenção e reprodução de representações sociais estigmatizantes sobre o transtorno mental.

Pereira (2021) aponta que não abandonamos estereótipos de maneira tão fácil. Mesmo o conhecimento pode não ser tão libertador quanto imaginamos nesta empreitada. Ele afirma que é necessário um enorme esforço cognitivo, motivação, ânimo e envolvimento afetivo para abandonar o fluxo das habituais experiências e empreender novas maneiras de enxergar a vida. O reflexo disso é a manutenção e a persistência de estereótipos atribuídos pelos profissionais, cuja vivência e aprofundamento estudioso no tema ainda não erradicam estas crenças. O que temos é, na verdade, uma mudança de topologia: enquanto os psiquiatras engendram uma estereotipação mais voltada para o eixo da inadequação social e comportamental (esquisito, sem higiene, imprevisível), a população geral se volta para o eixo da ameaça e incapacidade (perigoso, não confiável, pouco inteligente). No quadro de direitos civis, podemos ver que os profissionais encampam uma restrição em nível clínico (com a internação involuntária quase unânime), enquanto a sociedade se volta para o nível cívico/político (perda do voto).

A transição da teoria do estigma para a sua operacionalização na vida de sujeitos com esquizofrenia exige a análise de dados empíricos que retratam a experiência direta desses indivíduos. O autoestigma, enquanto processo de internalização das representações públicas depreciativas, configura uma barreira concreta à integração psicossocial, culminando no que a literatura descreve como o efeito do *why try?* (Corrigan; Larson; Rusch, 2009).

A literatura atesta que a assimilação de estereótipos pelo paciente afeta diretamente os seus projetos de vida. Em pesquisa qualitativa realizada por Méndez (2024), investigou-se a dimensão do autoestigma por meio de entrevistas

semiestruturadas com indivíduos diagnosticados com esquizofrenia e inseridos em serviços ambulatoriais de saúde mental. A análise dos discursos revelou uma predominância de quatro eixos temáticos na vivência do transtorno, sendo eles: a experiência médica, a percepção do estigma, as relações interpessoais e o desenvolvimento pessoal. Os relatos evidenciam uma assimilação de rótulos com valência negativa, como periculosidade, rejeição e instabilidade, corroborando com a tese de que o sujeito internaliza o temor e o descrédito projetados pelo corpo social.

No campo do desenvolvimento pessoal, o estudo demonstrou que a impossibilidade de alcançar a autonomia financeira e de manter a estabilidade laboral constitui um fator crítico na narrativa dos pacientes, reforçando a percepção de incapacidade e perda de papéis sociais. Essa limitação no acesso a oportunidades fundamentais, tais quais emprego competitivo e moradia independente, não decorre apenas da sintomatologia da esquizofrenia, mas é sistematicamente agravada pela discriminação de empregadores, uma manifestação prática do estigma público.

Outro aspecto de documentação empírica é a relação entre o estigma e a desassistência. A antecipação do preconceito atua como um inibidor para a busca e a manutenção do cuidado psiquiátrico. Pacientes evitam os serviços de saúde para não entrarem em contato com o rótulo “doente mental”, fenômeno que agrava o prognóstico e contribui para o aumento de taxas de abandono terapêutico (Corrigan; Kleinlein, 2005). No contexto brasileiro, o impacto estrutural dessa dinâmica foi quantificado em levantamentos que indicam que cerca de 70% da população com esquizofrenia dependente do sistema público em São Paulo estava fora dos tratamentos regulares, o que evidencia uma falha sistêmica que marginaliza esses indivíduos (Villares; Sartorius, 2003).

De todo modo, a internalização do estigma não produz um efeito comportamental homogêneo. Ainda que parte dos indivíduos experiencie uma redução crônica da autoeficácia e da autoestima, culminando em um efeito de desamparo aprendido, outros podem desenvolver uma reação de oposição. O reconhecimento de tais estereótipos impostos podem gerar uma indignação, impulsionando o empoderamento do paciente diante das equipes de saúde e da sociedade civil.

Para a análise, foi importante expor a frequência em como os estereótipos “Esquisito” e “Descontrolado” são recorrentes, cuja permanência não resiste apenas ao tempo, mas também ao conhecimento do tema. Enfatizado pelo autor da tese que as medidas de combate ao preconceito devem ser estendidas também aos profissionais de saúde mental, pois estes são especialistas formadores de opinião desse tema. À luz das evidências, problematiza-se que os psiquiatras não estão imunes às representações sociais vigentes na cultura.

2.3 Estigmas

Na Grécia Antiga, estigmas se referiam a sinais corporais que buscavam evidenciar alguma coisa extraordinária feita pelo indivíduo ou por sua marginalidade. Esses sinais eram feitos a partir de cortes ou fogo no corpo e podiam avisar que o sujeito era um escravo, um traidor ou um criminoso. Na Era Cristã, séculos mais tarde, dois níveis de metáfora foram acrescentados à ideia de estigma: sinais corporais de graça divina tomavam a forma de flores em erupção sobre a pele; ou alusão médica, cujos sinais eram tratados como distúrbio físico (Goffman, 1988). Em síntese, Goffman define estigma da seguinte maneira:

> O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma

> linguagem de relações e não de atributos. [...] Um estigma, é então, um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo, embora eu proponha a modificação desse conceito, em parte porque há importantes atributos que em quase toda a nossa sociedade levam ao descrédito (Goffman, 1988, p. 6-7).

Atualmente, a literatura afasta-se da concepção do estigma como apenas um atributo estático ou marca de uma identidade individual, passando a compreendê-lo como um processo social originado nas inter-relações entre estruturas macro e microssociais que convergem para produzir mecanismos de exclusão (Monteiro; Villela, 2013). Para compreender o processo pelo qual o estigma social afeta o indivíduo, é fundamental estabelecer uma distinção conceitual precisa entre as diferentes facetas do fenômeno. O ponto de partida nesse percurso não é a internalização do preconceito, mas um estágio cognitivo anterior e distinto: o estigma percebido, também conhecido como consciência do estereótipo (*stereotype awareness*). Nos termos do modelo proposto por Corrigan e Watson (2006), esta é a etapa em que o indivíduo pertencente a um grupo estigmatizado simplesmente toma conhecimento e reconhece as crenças e atitudes negativas que a cultura dominante nutre em relação ao seu grupo. Trata-se de um ato de percepção social, um "saber que eles pensam isso de nós".

No contexto que nos interessa analisar, o estigma percebido se manifesta quando uma pessoa com diagnóstico de esquizofrenia reconhece que o imaginário social frequentemente associa sua condição a estereótipos de periculosidade, incapacidade e imprevisibilidade. Contudo, e este é o ponto nevrálgico da conceituação, ter consciência da existência de um estereótipo não implica, necessariamente, ~~em~~ concordar com ele ou aplicá-lo a si mesmo. O estigma percebido é, portanto, um pré-requisito para o autoestigma, mas não se confunde

com ele. É a matéria-prima do preconceito que circula na cultura e que pode, ou não, ser internalizada.

Apenas o fato de saber que a sociedade vê pessoas com transtornos mentais de uma certa maneira não garante que o indivíduo rotulado como esquizofrênico sofrerá uma diminuição em sua autoestima; ele pode, ao contrário, rejeitar ativamente esse estereótipo, discordando de sua validade e se isentando de sua aplicação. A distinção é crucial, pois delimita o estigma percebido como um fenômeno de cognição social (a percepção do olhar do outro), enquanto o autoestigma é um processo de cognição pessoal (a aplicação desse olhar a si mesmo).

No entanto, essa tarefa não é simples. Há a prevalência de alto estigma percebido entre pessoas com esquizofrenia (62,6%). Tendo ainda fatores que podem ser significativamente associados a este, como o sexo feminino, idade de início da esquizofrenia, múltiplas hospitalizações e duração da doença (Tesfaw; Kibru; Ayano, 2020). Além disso, adiciona-se nesse bojo a dificuldade de superação do estigma e do rompimento de barreiras.

Operacionalmente, podemos fazer uma distinção entre algumas formas de estigmas. Como o Estigma Público e o Autoestigma, detalhando um modelo a partir de Corrigan e Kleinlein (2005), pois eles explicar que o autoestigma pode induzir o indivíduo a concordar com estereótipos negativos, gerando autopreconceito e autodiscriminação. O reflexo disso pode trazer implicações sociais para estes sujeitos, cuja inserção no mercado de trabalho se apresenta como uma barreira de difícil superação. A exclusão laboral pode ser entendida como uma consequência palpável e majoritária do estigma e da severidade do transtorno. A partir de uma amostra nacional de 2.475 pacientes em tratamento psiquiátrico, apenas 17,8%

relatam estar inseridos no mercado de trabalho. Essa porcentagem representa 440 indivíduos, destes, apenas 184 estavam registrados em empregos formais. Os demais declararam-se autônomos ou desenvolvendo trabalhos temporários. Sujeitos portadores de transtornos de esquizofrenia, tais quais outros espectros que se enquadram na categoria das psicoses, vivem em um estado de vulnerabilidade generalizada ao não serem inseridos no mercado de trabalho.

Nestes termos, as chances de o indivíduo estar temporariamente afastado ou definitivamente aposentado por invalidez é maior (Assunção; Lima; Guimarães, 2017). A institucionalização também tem papel na vida ocupacional dessas pessoas, uma vez que o histórico de internações psiquiátricas ao longo da vida impacta nas chances de inserção laboral. A internação produz um estigma que traz prejuízos na esfera da formação e socialização, enfraquecendo as competências técnicas e sociais exigidas pelo mercado de trabalho. Ademais, o início dos sintomas na idade precoce interfere no afastamento temporário do paciente no mercado de trabalho, haja vista que o primeiro tratamento e as internações ocorreram antes da maioridade (18 anos). (Assunção; Lima; Guimarães, 2017).

Após a análise minuciosa de trabalhos que contribuem para a área da Psicologia Social, encerra-se este subtópico destacando que os aspectos modernos nos levam às representações sociais, aos estereótipos e aos estigmas que definem o sujeito de maneira persistente. Sendo levantamentos recentes, nota-se que as marcas linguísticas “Estranho”; “Perigoso”; “Doente de corpo e alma” e a ideia do cerceamento de direitos ainda são notáveis, apesar do avanço nos diagnósticos e nos tratamentos psiquiátricos. Mas onde tudo isso iniciou? De que forma a exclusão de loucura se faz presente até chegarmos à esquizofrenia? Estas perguntas serão respondidas no tópico 3.

TÓPICO 3

3. O Período da Lepra e das Instituições Religiosas

É uma tarefa difícil embarcar em uma abordagem da loucura, da esquizofrenia e seus aspectos sociais, sem abordar como tal construção foi feita na sociedade. As representações sociais da loucura antecedem a medicalização. Para tal, faz-se necessário que esta pesquisa recorra a documentos históricos para serem avaliados. Esses textos não serão considerados um mero repositório de eventos políticos ou institucionais. Sendo assim, postula-se que esses textos apresentam impactos que condizem com o imaginário das estruturas mentais de uma determinada época

Para começar, *Malleus Maleficarum* é um ótimo exemplo no debate sobre o estereótipo de gênero. Este texto, publicado originalmente em 1486, foi redigido por dois monges inquisidores, Heinrich Kramer e Jacobus Sprenger. O tratado estabelece uma matriz teórica e jurídica para a perseguição da alteridade no final da Idade Média. O texto opera a objetivação de um desvio comportamental através da figura da bruxa, ancorando sintomas psíquicos e disfunções físicas na agência demoníaca. O manual traz detalhes acerca das supostas capacidades destas mulheres, postulando que elas possuem um poder de criar ilusões prestidigitadoras, como o aparente desaparecimento do órgão genital masculino, a obstrução da capacidade de gestação e do ato venéreo. Referendado pela bula papal de Inocêncio VIII, o documento valida a premissa de que as bruxas renegam a fé católica, provocam abortos e oferecem recém-nascidos aos demônios. O estigma

atribuído à estas pessoas era de tal ordem que ocasionava a exclusão e a aniquilação física das mulheres.

A partir da ótica da Psicologia Social, o documento legitima um estereótipo de gênero essencial para a manutenção do estigma. A obra dedica seções específicas para interrogar o porquê da superstição e da feitiçaria estarem predominantemente elencadas nas mulheres. A resposta formulada pelos autores consolida a representação da mulher como um ser intelectualmente inferior, crédulo e movido por apetites carnais insaciáveis, fatores que as levariam a copular com demônios íncubos e súcubos. A identidade da pessoa que hoje seria lida com o diagnóstico de um transtorno ou um desvio, neste contexto, seria fundida à criminalidade e à heresia. O estigma atingia uma forma radical, justificativa da aniquilação física do indivíduo e a estruturação de uma política de Estado e de Igreja para a purificação do tecido social.

No entanto, o próprio campo do saber do século XVI começou a apresentar fissuras nesta representação hegemônica. O médico Johann Weyer escreve em sua obra *De Praestigiis Daemonum* (1563) a empreitada inaugural que tentava, precocemente, desconstruir o poder conferido à feitiçaria, operando uma mudança sutil no estigma e marcando uma fissura epistemológica. Weyer introduz uma diferenciação estrutural entre os “magos infames”, que atuariam de forma intencional na evocação de espíritos; e as *lamiae*, termo que designava mulheres acusadas de bruxaria.

Weyer argumenta que muitas daquelas mulheres consideradas bruxas não possuíam poderes reais de feitiçaria, mas eram, na verdade, pessoas de mentes fragilizadas, frequentemente afetadas pela melancolia e por uma imaginação corrompida. O autor descreve que o diabo se insinua na fantasia destas mulheres,

aproveitando-se de sua debilidade cognitiva para induzi-las a confessar crimes e malefícios, como a disseminação de doenças e desastres, dos quais são inteiramente inocentes. O texto aponta que as “lamiae” não dominam o exorcismo ou conhecimentos mágicos, tendo como único preceptor a própria mente lesada. Desta forma, o autor condena o encarceramento em masmorras e o uso de fogueira contra essas “velhas dementes”, exigindo compaixão e tratamento diferenciado.

Este movimento iniciado por Weyner pode ser visto como uma tentativa de deslocar um estereótipo de “herege perigosa” para o de “vítima doente e iludida”, transferindo a responsabilidade do mal do sujeito para o plano das ilusões demoníacas. A etiologia do desvio é convertida de falha moral e voluntária (o pacto herético) para a deficiência orgânica e cognitiva (a ilusão melancólica). Embora ainda opere dentro de um paradigma teológico, sua obra deixa o legado do que viria a ser a patologização da mente e, consequentemente, constitui o início da medicalização na posterioridade. É possível analisar ainda como a representação social de um desviante começa a fazer uma passagem entre uma esfera teológico-criminal para uma jurisdição patológica. Transição esta que será retomada diversas vezes no amparo da loucura no ambiente social.

Estas representações sociais que englobam a loucura de algum modo não estavam restritas ao medo e à perseguição. Havia também uma ambivalência, imortalizada na obra *Elogio da loucura*, obra publicada em 1509 por Erasmo de Roterdã. Enquanto Manuais inquisitoriais e médicos tratavam o desvio cognitivo como ameaça ou enfermidade, o texto de Roterdã expõe uma contraproposta perante a insensatez psicossocial da época. A personificação da Loucura (Moira) assume o discurso para argumentar que é a verdadeira responsável pela sustentação das instituições e das relações sociais, agindo para dispensar os bens

pessoais e o sentimento de alegria e entregá-los tanto aos deuses quanto aos mortais.

Através da sátira de Erasmo, revela-se uma representação coletiva em que a “falta de juízo” atua como uma matéria fundamental das relações sociais. A loucura argumenta que seria impossível suportar as dores e o tédio da existência, assim como manter a amizade e o matrimônio, sem a cegueira voluntária, a adulação e a ilusão que ela própria proporciona aos homens, atributos que a deusa (forma como ela se apresenta) classifica as modalidades diretas da loucura.

O texto confronta a representação do sábio com a do tolo. O filósofo estoico é descrito como um indivíduo trágico, pálido, magro, envelhecido precocemente, isolado e inapto para os deveres práticos e transações do cotidiano, provocando uma repulsa ou um silêncio total. Em oposição, o louco tem seu retrato pintado como gorducho, alegre, sociável e imune aos remorsos e ao medo da morte. A Loucura reivindica ainda a capacidade de afastar os tormentos da idade avançada, devolvendo os velhos a um estado de infância mental através do esquecimento.

Tal personificação demonstra que, no imaginário social medieval, o desvio da norma racional não era visto apenas como uma identidade deteriorada (nos termos de Goffman), mas possuía um caráter funcional e, por vezes, libertador. A loucura, para Erasmo, era como um antídoto contra a rigidez insuportável que a razão proporciona e funcionava, no imaginário coletivo, a partir da estratégia cognitiva adaptativa necessária para a simplificação e a tolerância da complexidade do convívio humano.

A análise deste documento expõe que o estigma da loucura, na Idade Média, operava entre duas possibilidades antagônicas: a fogueira da inquisição, que tinha o propósito de utilizar da punição para livrar a pessoa da ilusão diabólica; ou a

tolerância social, que entendia a insensatez como um alívio existencial. há no material de Erasmo digressões que comprovam a ambivalência do estigma antes da cristalização higienista pelos aparatos asilares dos séculos seguintes. Dessa forma, suspende-se o juízo social que era, até certo ponto, uma demanda da época. Tal herança complexa, repleta de misticismo, medo e condescendência, inserem-se nas instituições médicas dos séculos seguintes, embasando-se em pilares ideológicos que visavam a purificação, a classificação e o confinamento do paciente.

A memória individual é construída através de um longo processo de vivência, que conta com fatores globais para tal construção. Um desses fatores é a sociedade, que possui uma relação de mão dupla com seus indivíduos, afetando-os e sendo por eles afetada. Desse modo, a sua memória coletiva é compartilhada entre seus membros e por eles reconstruída (Schmidt; Mahfoud, 1993).

Seguindo os escritos de Foucault (1972) no seu renomado livro *História da loucura*, a abordagem da loucura mais próxima do que conhecemos hoje nasceria na relação que a Europa teve com a lepra. A hanseníase é uma denominação moderna e contemporânea da doença, mas há registros que comprovam sua manifestação a.C. No entanto, foi na idade média que ela se instalou como uma endemia na Europa (Pinto, 1995). Essa doença de característica crônica, causada pelo bacilo de Hansen (*Mycobacterium Leprae*), pode afetar a pele, as mucosas, os nervos dos braços, as pernas, as mãos e os pés (Fiocruz). Relatos confirmam que o contágio endêmico ocorreu quando soldados romanos, ao retornarem do Egito no ano 61 a.C, trouxeram consigo a doença. As disseminações mais significativas ocorreram nos séculos VI e VII (Pinto, 1995). As cruzadas foi outra empreitada da era medieval que esteve afetada pela lepra, cujos exércitos, ao se espalharem pelo território europeu, diversificaram os focos de contaminação (Trautman, 1984).

A forma como os europeus lidavam com a lepra revela a impotência da medicina na Idade Média, tendo suas questões respondidas através da religião. Dessa maneira, perpetuou-se o estigma que correlacionava a endemia ao pecado. As crenças da comunidade judaica e de povos da antiga Mesopotâmia viam no indivíduo leproso a marca da impureza espiritual, logo, deveriam ser isolados em quarentenas (Bennet; Parker; Robson, 2008).

Após um concílio realizado no ano de 583, em Lyon, na França, a Igreja Católica estabeleceu regras para a profilaxia da lepra que, em grande medida, consistiam em isolar o doente da população sadia (Gregório, 1999). Tal atitude não tinha a intenção de propiciar tratamento, ou muito menos oferecer melhor qualidade de vida e cuidados especializados, isolando o leproso definitivamente da sociedade.

Uma mostra dessa situação eram os ritos religiosos designados aos leprosos, semelhante àqueles realizados para os mortos, cuja intenção final era declará-los mortos ainda em vida, forçá-los ao uso de vestes distintas, sinos e badalos que anunciariam a sua condição. Doravante, foram criados locais de isolamento que ficaram conhecidos por “leprosários” (Trautman, 1984).

Nesse contexto medieval, onde a pobreza era uma realidade majoritária e visível, a exclusão dos leprosos ganhava uma dimensão particular dentro de uma estrutura religiosa e social. A palavra pobre (*pauper*) passou por algumas mudanças dentro do seu uso rotineiro na comunidade. Outrora entendido como um adjetivo: “Um homem pobre”. A palavra pobre sofreu uma mudança de valor, agora era um substantivo: “Um pobre”. Bem como seu uso pluralizado (*pauperes*) que indicava um grupo social e designado de forma ainda mais específica. Não obstante, o pobre era seccionado com base em uma pobreza espontânea dos monges (*pauperes Christi*) ou uma pobreza voluntária (*pauperes spontaneus*).

Para além disso, o sujeito ganhou várias nomenclaturas que descreviam sua condição humana. São elas: *famelicus* (pessoas afligidas pela deficiência alimentar); *nudus* (os desprovidos de roupas; *idiotus* (idiotas) e *simples* (retardados) eram a maneira cotidiana de se referir aos deficientes mentais; *orphanus* (órfãos), *viduae* (viúvas) e *captivus* (prisioneiros) representavam todos aqueles que sofreram alguma adversidade social ou familiar; *humilis*, por outro lado, referendava a privação de justiça e a incapacidade de se defender. Por fim, os doentes físicos também possuíam designações próprias: *caecus* (cegos), *claudus* (pejorativamente chamado de aleijados), *infimus* (doentes), *vulneratus* (feridos), *debilis* (fracos), *senex* (velhos) e *leprosus* (leproso) (Filho, 2009).

Segundo Cyro Filho (2009), a importância da categorização dos pobres se dava a partir de uma funcionalidade dentro da doutrina cristã. Eles precisam existir, pois a permanência dessa camada social possibilita a prática da assistência, da generosidade e do auxílio dos economicamente abastados. Assim, a prática da caridade, enquanto ideal de um bom cristão, elevava o espírito moral dos que ajudavam os menos favorecidos. A caridade, a fé e a esperança compõem as virtudes teologais.

Dentro do contexto da prática de caridade, os leprosos desempenhavam um papel ainda mais profundo, uma vez que havia uma crença disseminada e assumida pelas pessoas de que o próprio Cristo teria sofrido e morrido com a lepra. Tal interpretação reforçava a dimensão simbólica e religiosa do cuidado com os enfermos, elevando a assistência a essas pessoas como um ato de devoção e imitação da paixão de Cristo. Embora não existam evidências de que Jesus Cristo tenha sido acometido pela lepra, o que se sabe é que tal interpretação das passagens bíblicas ensinou às damas da nobreza a lavarem os pés dos doentes e a

abraçarem os seus corpos contaminados. Vale destacar que o conhecimento acerca das doenças e afecções da pele ainda não eram profundamente sabidas pelos estudiosos do período, o que possibilitava uma diversidade de diagnósticos incorretos, como a classificação de leproso para uma pessoa com líquen, psoríase, escabiose e demais doenças com sintomas semelhantes (Eidt, 2004).

O diagnóstico era impreciso e passava por exames clínicos com sangue que não conseguiam apontar de forma clara o resultado apesar de satisfazer a necessidade tecnicista da medicina e o apaziguamento da curiosidade científica. Essas práticas estavam respaldadas pela Lei de Strasbourg, pois, no seu texto, havia a liberação de testes de urina e sangue em no mínimo quatro examinadores- um médico, um cirurgião e dois barbeiros (Opromolla, 1981).

> Para o teste com o sangue, por exemplo, uma amostra, retirada do indivíduo suspeito de ser portador da moléstia, era depositada em um pequeno recipiente que continha sal. Se o sangue se compusesse, o paciente era sadio, se não, era considerado leproso. Depois disso, água fresca era derramada em um vaso e misturada com sangue. Se a mistura dos dois líquidos era impossível, era porque se tratava do sangue de um leproso. Quando se juntava gotas de sangue ao vinagre, se não houvesse formação de bolhas tratava-se de sangue de leproso. A análise do sangue era tão importante que um médico de Ensisheim, na Alsácia, escreveu que o teste sanguíneo era absolutamente necessário para o diagnóstico da lepra. (Opromolla, 1981, p.2)

Diante de tantas possíveis confusões no diagnóstico, é possível a conclusão de que as caridosas e religiosas damas não contraiam lepra, mesmo que em contato com o diagnosticado, por estarem em contato não com um leproso, mas com uma pessoa com escabiose.

Os leprosários tiveram sua difusão ao longo da Europa de uma forma muito rápida. Segundo Foucault (1972), estima-se que haviam cerca de 19.000 leprosários instalados no continente europeu. Essas estimativas não concluem que os espaços estavam exclusivamente ocupados com pessoas diagnosticadas com lepra. Boa parte dos pacientes dessas instituições possuíam outras doenças cutâneas, bem como abrigavam mendigos, indivíduos sem diagnóstico (Opromolla, 1981).

A lepra teve o seu fim na Europa de forma quase espontânea. As razões são alicerçadas por imprecisões médicas, cuja eficácia não fora comprovada para que tal desaparecimento fosse justificado. Na verdade, o isolamento e a segregação da sociedade, acompanhados pelo fim das Cruzadas, impediram que os focos de infecção se alastrassem, simultaneamente, em diversas regiões do continente (Foucault, 1972).

Segundo Foucault (1972), próximo ao fim do século XV, os leprosários passaram a ser ocupados por portadores de doenças venéreas. Tais doenças possuíam estigmas que estavam vinculados ao pecado e aos comportamentos imorais, haja vista que eram doenças sexualmente transmissíveis. A marginalização desses sujeitos se sustentava pelo discurso religioso-ideológico da Igreja Católica, pois defendia que eles mereciam o castigo divino, impossibilitando uma abordagem médica e científica. A doença venérea passava para um espaço excludente e imoral, afastando-se cada vez mais de um contexto médico. O fenômeno que passa a surgir após tais heranças da lepra seria a loucura.

Após o fim da epidemia da lepra na Europa, restaram estruturas que estavam sendo utilizadas com uma finalidade muito específica: a exclusão. O esvaziamento do local não representava o desuso desses espaços; valores e imagens a eles atribuídos ainda permaneciam vívidos no pensamento das pessoas que por eles

passavam, como uma espécie de monumento ao isolamento e à segregação social. Por volta dos séculos XVII/XVIII, os leprosários seriam ocupados por outros grupos marginalizados, cujo interesse de controle e exclusão era o mesmo outrora destinado aos leprosos. Vagabundos, pobres, presidiários e “mentes alienadas” assumiriam, assim, o papel que os leprosos haviam exercido (Foucault, 1972), reafirmando a função histórica dos leprosários como um instrumento de segregação.

Não obstante, o abandono teria um sentido mais direcionado para o que se acreditava em uma salvação oferecida pela exclusão, essa separação rigorosa estava vinculada à uma reintegração espiritual (Foucault, 1972). Embora essa prática fosse carregada por uma profunda ambivalência: o mesmo gesto que condenava o leproso à morte social é o que lhe abria as portas para uma salvação divina. Ao ser expulso da comunidade dos homens, o leproso passava a encarnar a própria figura do sofrimento e, nesse abandono, sua miserabilidade adquire um valor sagrado que purificava e garantia a sua reintegração em um plano espiritual. O isolamento seria um fio condutor para um caminho de redenção e disciplina.

A história da lepra e dos leprosários oferecem a oportunidade de leitura e revisão do pensamento ocidental sobre a loucura. Uma vez que a exclusão de grupos marginalizados não é um fenômeno que ocorre de forma isolada no tempo, mas circula nas diferentes fases da humanidade. Contextualizar tais aspectos oferece oportunidades de reflexão que denunciam o caráter deficitário da sociedade, tendo em vista que o isolamento, a exclusão, a marginalização e a aniquilação dos leprosos, por exemplo, estavam baseados na falta de conhecimentos da medicina. Com isso, as soluções históricas para lidar com a doença pioravam no processo de reabilitação das pessoas contaminadas.

No entanto, o desconhecimento médico não parecia suficiente para justificar o isolamento dos indivíduos contaminados ou supostamente contaminados. As alternativas religiosas contribuíram para a normalização generalizada da prática de exclusão. Doravante, conclui-se que tais considerações são fundamentais na continuidade deste trabalho, pois as práticas do passado são sustentáculos do que, posteriormente, transformou-se em institucionalização do isolamento.

Quando se fala sobre a loucura, a ideia exprimida não é necessariamente voltada para um transtorno em particular. Isso porque a ideia da loucura antecede a evidenciação, categorização e padronização de comportamentos que seriam descritores de um transtorno ou de outro, diferenciando-os.

Considerando Foucault, que norteia e baseia esta análise, a loucura não havia ainda recebido uma definição concreta do que ela seria de fato. Era entendida como uma relação estrita entre a sociedade e a pessoa considerada “louca”. Não era a pretensão de Foucault falar sobre o louco ou, ainda, falar “a verdade da loucura". A questão central nos estudos de Foucault estava balizada a partir da exclusão social que estes indivíduos sofriam e como a sociedade se organizaria em torno do processo de aceitação moral das práticas infligidas a esses sujeitos (Providello; Yasui, 2013).

Portanto, o modelo de exclusão social herdado da lepra forneceu uma estrutura simbólica e concreta sobre a qual a sociedade viria a lidar com seus “desviantes”. A análise de Foucault ensina que a loucura, antes mesmo de ser definida enquanto uma patologia, foi constituída como um fenômeno excludente.

3.1 O surgimento das instituições médicas no entendimento da loucura

Até a loucura se desenhar nos moldes em que socialmente se tem nos dias atuais, levou-se algum tempo e teve uma participação muito importante da medicina nessa construção. Dentro dessa perspectiva, há alguns personagens históricos que devem ser mencionados, bem como o papel que eles tiveram nessa construção.

Vladimir Safatle aponta dois marcos importantes na superação da lógica racionalista de Descartes, que seria a criação do Hospital Geral, na Paris de 1657; e a liberação dos loucos acorrentados em Bicêtre, por Pinel, em 1794. Tais marcos apontam uma mudança de direção no tratamento do louco, outrora visto sem quaisquer reconhecimentos, legitimando que fossem “varridos da sociedade”. Depois de um passado turbulento, repensou-se as práticas violentas e desumanas e surgiu a necessidade de oferta de tratamento especializado.

Não obstante, é possível notar que no decurso sócio-histórico da loucura dentro da medicina, o tema foi paulatinamente tendo um viés de percepção social centrado na cultura onde o sujeito estava inserido. Dessa forma, o louco seria aquele que estaria em discordância das normativas sociais, aventando uma forma de patologização que estaria fincada mais em aspectos sociais normativos do que em um prejuízo direto para a saúde mental do indivíduo. Vale a pena ressaltar que naquele período a medicina ainda não se dedicava aos aspectos da mente ou do comportamento. A psicologia e suas construções comportamentais ainda demorariam algumas décadas para se estabelecerem. *A priori*, o louco poderia ser diagnosticado tanto como o portador de uma aflição cerebral, quanto de uma desordem dos fluídos em seu corpo ou de um dissidente dos costumes e normativas sociais.

3.1.1 Philippe Pinel

Philippe Pinel nasceu em 1745, na comuna francesa de Jonquières. Sua vida se inclinou na direção da medicina aos 22 anos, quando entrou para a faculdade de Medicina de Montpellier. Esta instituição era considerada um polo fundamental para debates e aprendizados na área médica, visto que havia sido uma das primeiras universidades de medicina da Europa, com sua fundação em 1220. Formando-se em 1773, aos 29 anos, Pinel logo tornou-se doutor pela Escola de Medicina de Toulouse. Alicerçado pela filosofia iluminista, Pinel viveu em Paris, no epicentro do movimento, tendo contato com diversos escritores, literatos e cientistas da época (Kendler, 2020).

O Governo Revolucionário nomeia Pinel o médico chefe do Hospital de Bicêtre em 1793. Naquela instituição viviam os alienados acorrentados, aspecto que denuncia as condições precárias dos espaços de tratamento. Pinel, então, solicitou uma autorização da Assembleia Nacional para que as correntes fossem retiradas dos pacientes (Kendler, 2020). Tal ação lhe rendeu uma pintura que simbolizava a importância desse episódio na vida do médico: “Pinel libertando as correntes dos alienados de Bicêtre”, pintado por Charlles Müller. Embora não haja evidência de que a libertação dos acorrentados seja real, a simbologia da arte visual ajudou a criar um passado heroico que serviu de referência na humanização dos pacientes (Pereira, 2004). A atitude de Pinel visava inserir o louco dentro do escopo da medicina, atribuindo a eles uma nova forma de tratamento, conhecido posteriormente como “tratamento moral”.

É o tratamento moral proposto por Pinel que inaugura a psiquiatria, e, como apontado por Vladimir Safatle no prefácio do livro *A História da Loucura* (1972), o “poder psiquiátrico”. As mudanças de humores, os delírios e as demências que

outrora eram entendidos como distúrbios do corpo, seriam atrelados à lógica da culpabilização, reparação, punição e gratificação.

Essa forma de tratamento preconizava que o doente poderia encontrar melhoras de acordo com mudanças significativas em seu comportamento, através de atitudes humanas, porém firmes, da equipe técnica. Pereira (2004) aponta que termos como “repressão”, “intimidação”, “doçura” e “filantropia” eram facilmente encontrados no vocabulário técnico cotidiano e em textos do próprio Pinel. Sua contribuição estava mais alicerçada na postura tolerante e humanista, bem vistas pelo espírito do tempo da Revolução Francesa, concentrando esforços em um estudo racional e fenomenológico da alienação mental. Seguindo o método de Pinel, havia a recomendação de uma observação atenta dos pacientes com o intuito de acompanhar os sintomas clínicos apresentados, avaliando a possibilidade de ser – ou não ser – alguma aflição biológica. A investigação visava descobrir se a loucura seria uma doença estritamente mental.

Atendo-se especificamente à forma do tratamento moral, bem como já fora descrito anteriormente, o “poder psiquiátrico” agora ganhava forma em relação ao controle dos corpos. Uma vez que anteriormente a loucura era residente naquele em que havia a demonstração de uma inconformidade com as regras sociais. Mas o poder sobre essa decisão e resolutividade sobre o que era o louco ainda estava disperso. Mesmo que houvesse uma instituição religiosa ou estatal, o poder ainda não estava necessariamente centralizado.

Foi com Pinel e as bases do seu “tratamento moral” que a medicina ganhou os direitos de lidar diretamente com os casos outrora negligenciados por instâncias não-médicas. A humanização desse tratamento não era uma criação ou exclusividade de Pinel (Pereira, 2004). Nem mesmo é possível ler a humanização

nos moldes atuais, de acordo com as bases legais que preconizam o Sistema Único de Saúde (SUS). No SUS a humanização é a valorização dos usuários, gestores e trabalhadores no processo de gestão em saúde. Tudo isso através da Política Nacional de Humanização (PNH) criada em 2003 para a efetivação das diretrizes do SUS. Tais políticas visam garantir a individualização do atendimento e o fortalecimento do vínculo entre o usuário e a equipe técnica, a fim de melhorar a adesão ao tratamento e políticas de prevenção em saúde.

Em suma, a humanização é fundamentada nos direitos humanos, na desinstitucionalização e na autonomia dos usuários. Enquanto Pinel sugeria a substituição da violência e das correntes por um regime de disciplina moral. A organização do hospital psiquiátrico existia para o exercício do controle dos médicos e da equipe técnica na manutenção da rotina e do trabalho dos pacientes. Além disso, o esquema Pinel era hospitalocêntrico e hierarquizado, com o médico no topo da pirâmide. Hoje, por outro lado, a humanização preconiza a descentralização do tratamento, a autonomia e a participação ativa do usuário, entendendo que o sujeito também é agente ativo de seu tratamento.

A contribuição positiva de Philippe Pinel é inegável, uma vez que ele fundamentou e instigou a noção de tratamento para pessoas que até então haviam sido exiladas da sociedade em que viviam. Entretanto, não é justo que com as lentes modernas e após a passagem de tantos eventos que construíram a noção que temos hoje da loucura, deve-se criticar de forma descontextualizada esse personagem importante na solidificação da psiquiatria.

3.1.2 Jean-Étienne Dominique Esquirol

Seguindo com a abordagem de figuras históricas pertinentes ao tema, é fundamental observar a relevância de Jean-Étienne Dominique Esquirol, nascido em Toulouse, sul da França, em 4 de Janeiro de 1772. Seu pai trabalhava em uma instituição local onde doentes mentais, epilépticos e delinquentes eram mantidos juntos. Aos 17 anos de idade, ingressou em um seminário, cuja formação sacerdotal seria interrompida em face da Revolução Francesa (Foucault apud Rech; Lopes, 2019). Retornando a Toulouse, decidiu iniciar sua formação em medicina na Faculdade de Montpellier. O dia-a-dia no hospital Salpêtrière foi preponderante na formação de Esquirol. Quando chegou em Paris, no ano de 1798, decidiu que estudaria psiquiatria. Foi nesse período que conheceu o fisiologista Xavier Bichat e o mestre Philippe Pinel (Albou, 2012).

Sendo apoiado por Pinel, Esquirol fundou em 1802 uma instituição privada para o tratamento de alienados, na Rua Buffon, que ficava a algumas quadras do Salpêtrière. Em 1805, Esquirol publica a tese *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale* (Albou, 2012), cuja tradução livre para o português seria: “As paixões consideradas como causas, sintomas e meios curativos da alienação mental”.

Partidário do pensamento de Pinel, Esquirol foca seu tratamento nas paixões e no desequilíbrio dos alienados. Tais paixões desequilibradas vão de vícios, como o alcoolismo, até emoções básicas e problemas do cotidiano, como medo, demandas financeiras e conflitos entre instintos e moral religiosa. O tema que permeia toda a sua obra torna Esquirol um precursor das teorias e práticas psicodinâmicas. Em 1811, ele seria nomeado médico titular em Salpêtrière, onde sua inteligência, sensibilidade e motivações seriam reconhecidas (Mora, 1972).

Ainda em 1811, ele inaugurou o primeiro curso oficial sobre doenças mentais para médicos e estudantes de medicina. Havia investigado também diversas instituições e coletado evidências acerca das condições precárias em que viviam os doentes mentais, encaminhando essas experiências ao ministro do Interior da França em 1818 (Mora, 1972).

Esquirol teve uma biografia repleta de ascensões em sua carreira, tendo sido nomeado inspetor da faculdade de medicina de Salpêtrière em 1823. Em 1825, se tornaria superintendente do Hospital de Charenton, um asilo para lunáticos fundado em 1645 (que mais tarde, em 1860, seria reconhecido como Hospital Esquirol, em homenagem a ele). Não obstante, foi esse espaço institucional que abrigou o Marquês de Sade por um longo período até a sua morte. Esquirol também se elegeu para o comitê de higiene pública do distrito de Sena. Trabalhava visitando diversos hospitais que eram mantidos na Europa, onde também fazia sugestões para a melhoria dessas instituições (Mora, 1972).

Jean-Étienne Esquirol se torna um personagem central na luta pela institucionalização da disciplina psiquiátrica. Se Pinel abriu as portas do asilo com um gesto humanista, então Esquirol construiu as paredes, as leis e os manuais que dariam a essa nova prática sua forma e seu poder. Sua contribuição transcende a clínica individual e se tornou um projeto de Estado, cuja influência se estenderia por mais de um século em toda a Europa e também no Brasil (Mora, 1972).

A principal obra de Esquirol, e talvez a mais impactante de sua carreira, não foi um tratado clínico, mas sim uma peça legislativa: a Lei de 30 de junho de 1838. Esta lei foi o resultado direto de sua incansável militância e de suas investigações. Como inspetor geral das universidades, Esquirol viajou por toda a França, documentando as condições em que os alienados viviam, confinados em prisões,

hospitais gerais e depósitos de mendicidade. Seus relatórios ao governo, iniciados em 1818, eram denúncias contundentes que clamavam por uma intervenção estatal (Goldstein, 2001).

A lei de 1838 foi a resposta a esse clamor, estabelecendo que cada departamento francês deveria possuir um asilo público destinado exclusivamente ao tratamento dos alienados. Mais importante, a mudança legislativa retirava da família e da autoridade policial o poder de internar um indivíduo, transferindo-o para as mãos do médico. A internação passava a exigir um atestado médico, consolidando o saber psiquiátrico como a única autoridade legítima para diagnosticar e segregar a loucura (Castel, 1978).

Com essa única peça legislativa, Esquirol alcançou um duplo objetivo. Por um lado, ofereceu uma proteção legal ao alienado, que não poderia mais ser encarcerado arbitrariamente; por outro, e de forma mais duradoura, solidificou o asilo como o espaço por excelência da psiquiatria e o médico como seu gestor soberano. A loucura deixava de ser um problema de ordem pública para se tornar, oficialmente, uma questão médica, e o hospital psiquiátrico, seu território exclusivo. Como analisa Robert Castel (1978), a lei foi a "vitória do alienismo", o momento em que a psiquiatria adquiriu sua base legal e se afirmou como uma tecnologia de poder indispensável ao Estado moderno.

No campo clínico, sua contribuição foi igualmente estruturante. Esquirol aprimorou a nosografia de seu Pinel, buscando uma classificação mais refinada dos fenômenos da alienação mental. Em sua obra magna, *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*[1], publicada em 1838, ele estabeleceu distinções que se tornaram clássicas na psicopatologia. Foi o

[1] Tradução nossa: Doenças mentais consideradas sob perspectivas médicas, higiênicas e médico-legais.

primeiro a diferenciar de forma clara a alucinação, definida como uma "percepção sem objeto" da ilusão, ou seja, uma interpretação distorcida de um objeto real. Tal distinção, que hoje parece elementar, representou um salto de rigor na semiologia psiquiátrica, permitindo uma análise mais precisa da experiência do paciente (Bercherie, 1989).

Contudo, sua criação conceitual mais original foi a monomania. Com este termo, Esquirol descreveu quadros clínicos em que o delírio não tomava toda a mente, mas se fixava em um único objeto ou tema, enquanto o restante do pensamento e do comportamento se mantinha aparentemente lúcido. Ele a via como uma "loucura parcial", o que lhe permitiu categorizar patologicamente uma vasta gama de comportamentos que antes eram vistos como desvios morais ou crimes, como a piromania ou a cleptomania (Foucault, 2006). A monomania homicida, em particular, tornou-se um conceito central para a psiquiatria forense, permitindo que o médico interviesse no campo jurídico ao postular a irresponsabilidade penal do criminoso "louco". Ao fazer isso, Esquirol expandiu as fronteiras do poder psiquiátrico para muito além dos muros do asilo, levando-o para dentro dos tribunais.

Vale a pena apontar uma questão levantada por Foucault (2006) sobre a exigência de um saber médico validando e atestando a incapacidade ou a periculosidade do indivíduo perante a sociedade. Ponto fundamental de entendimento é o de que a assistência pública e estatal exigia que, em determinada forma, o sujeito oferecesse perigo à sociedade para que recebesse tratamento de fato, em vez do típico isolamento. Isso é trazido pelo autor nas décadas entre 1840 e 1860, em que os médicos alegavam ter que apresentar o idiota ou débil como perigoso para que ele fosse, então, assistido pelos aparatos estatais. Dessa forma, a noção de perigo é fundamental na conversão de um fator assistencial em um

fenômeno de proteção, para que aqueles que estão encarregados de assistir o indivíduo o aceite no seio do cuidado.

Retomando a discussão sobre as paixões, Esquirol as via como a causa primária da alienação mental. Para ele, o desregramento das paixões, seja o amor contrariado, seja o orgulho ferido, seja a ambição frustrada, era o gatilho que desorganizava a mente. O tratamento, portanto, deveria ser moral: o asilo funcionaria como uma espécie de pedagogia para a alma, cujo médico, como uma figura paterna e autoritária, ensinaria ao paciente a controlar suas paixões através da disciplina, do trabalho e do isolamento do mundo exterior "patogênico" (Gauchet; Swain, 1980).

Dessa forma, a contribuição de Esquirol fecha um ciclo iniciado por Pinel. Ele herda a noção de "tratamento moral". Porém, o aprendiz não se limitou a repetir o caráter filosófico das ideias do mestre, complementando-as com a criação de técnicas, instituições e leis que só foram possíveis por se dedicar aos trabalhos empíricos. Esquirol não libertou os loucos, mas organizou o espaço de seu confinamento, dando-lhe uma justificativa legal, uma estrutura arquitetônica e um corpo de conhecimento. Ele criou bases burocratas que transformou o ideal humanista da Revolução Francesa em uma prática de poder eficaz e duradoura, preparando o terreno para que, décadas mais tarde, a psiquiatria alemã, com Griesinger e Kraepelin, pudesse encontrar no cérebro as causas definitivas da doença.

A obra de Esquirol, ao consolidar o asilo e o poder médico, encerrou a era de ouro do alienismo francês. A psiquiatria havia conquistado seu território, sua legislação e seu método: o tratamento moral. Contudo, em meados do século XIX, o epicentro do pensamento psiquiátrico deslocou-se da França para a Alemanha, e

com ele, o próprio objeto de estudo da disciplina. O espírito do tempo já não era o do idealismo revolucionário ou da filosofia das paixões, mas sim o do positivismo e do materialismo científico. As descobertas no campo da anatomia, da fisiologia e, sobretudo, da neurologia, exerciam uma atração irrefreável sobre uma medicina que ansiava se considerar ciência natural.

3.1.3 Antoine-Laurent Bayle

Enquanto Pinel e Esquirol estavam voltados para a análise dos sintomas e das paixões do sujeito, Bayle inaugurou o que Bercherie (1989) denomina a “era das entidades naturais”. Em 1822, ao isolar a Paralisia Geral Progressiva (PGP), Bayle descreve uma patologia e oferece o primeiro modelo clínico completo, cujo agrupamento constante de sintomas (o delírio de grandeza e a paralisia) era rigorosamente vinculado à lesão orgânica específica (a aracnite crônica).

Inicia-se uma nova etapa na psiquiatria francesa que mais adiante veremos o impacto dessa materialização biológica na psiquiatria alemã. Atendo-se ao que Bercherie (1989) nos aponta até aqui, Bayle estabelece o “tipo ideal” de patologia psiquiátrica: uma entidade que possui causa, lesão, curso e término definidos. Outrora entendida como um desvio moral ou uma falha genética, agora a loucura ganha uma estrutura com prognóstico. Trazendo a discussão para o campo da Psicologia Social, o movimento francês o movimento francês produz uma cristalização social sobre a loucura. Diante desse cenário, defendeu-se a percepção de que a mente “delirante” é um subproduto que se manifesta do cérebro “inflamado”. Com isso, Bayle opta, nas suas investigações, pela necessidade de transferir o indivíduo do campo do diálogo para o campo da autópsia.

No contexto trazido por Bayle, sob a ótica de Bercherie (1989), a sua contribuição é uma “promessa não cumprida”. A PGP se tornou um paradigma que os psiquiatras subsequentes tentariam replicar para outros transtornos. O sucesso de Bayle criou a expectativa de que cada sofrimento mental teria sua correspondente “cicatriz” no córtex.

As definições trazidas por Bayle, sobretudo no que tange às descobertas póstumas das lesões cerebrais em pacientes psiquiátricos, seriam basilares no futuro para a identificação da neurossífilis. Os delírios e o declínio mental identificados por Bayle eram uma complicação clínica da sífilis. Por mais que ele não conhecesse a etiologia bacteriana da sífilis naquele período, o rigor metodológico ao isolar a PGP permitiu à medicina posterior identificar o *Treponema pallidum* como agente causador. De acordo com Pearce (2012), o trabalho de Bayle inaugura a neuropsiquiatria, pois é a partir desta descoberta anatomoclínica que a paralisia geral deixava de ser uma psicose funcional e passaria a ser compreendida como uma infecção causada por bactéria.

Bayle inaugurou medidas psiquiátricas que mudariam os rumos da loucura ao direcionar as afecções mentais para a região cerebral. Essa “entidade natural” seria, portanto, um protótipo de doença mental com início, evolução e fins previsíveis. Esse escopo apresenta o cenário de um louco que sai do “ser apaixonado” e alcança “o organismo doente”, reforçando a ideia de um destino biologicamente irreversível.

3.1.4 Bénédict Augistin Morel

Se com Pinel e Esquirol o alienismo tateou uma ordem baseada no tratamento moral e na observação dos sintomas, é com Bénédict Augustin Morel

(1809-1873) que a marca da exclusão ganha uma nova tinta: a da hereditariedade biológica. Ao publicar, em 1857, o seu *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, Morel propõe uma nova categoria diagnóstica que altera a própria ontologia do sujeito louco. Para ele, a loucura deixa de ser um evento acidental na vida de um indivíduo para se tornar o sintoma de uma linhagem em declínio. A degenerescência é, na concepção de Morel (1857), a desviação doentia de um tipo primitivo, uma alteração que, uma vez iniciada por influências deletérias, como o alcoolismo, o trabalho insalubre ou a miséria, tende a se agravar de geração em geração, culminando na esterilidade e na extinção da estirpe (Bercherie, 1989).

Esta perspectiva introduz um elemento pessimista que podemos notar, nos dias atuais, ressonâncias com o estigma e distanciamento social, visto que essas pessoas não poderiam fugir de suas heranças. De acordo com Berrios (1996), a teoria de Morel funciona quando há o paralelismo entre a observação clínica e a explicação da aparente incurabilidade de certos quadros hospitalares. Sob essa perspectiva disciplinar, a loucura é a âncora da biologia hereditária que retira o louco do método de “recuperação moral” e o insere no campo da “falha biológica”. A consequência é um estigma genético, invisível e onipresente, superando o que seria uma recuperação moral daquele indivíduo. O louco, sob a égide de Morel, retoma preceitos diagnósticos que associam o sofrimento com a sentença geracional dos antepassados do paciente.

É neste cenário que Morel cunha o termo *démence précoce* (demência precoce)[2], para descrever o caso de um adolescente, cujo desenvolvimento inicial típico mergulharia em um irreversível estado de apatia e isolamento. Postel e Quétel

[2] Adiante veremos que o Kraepelin utiliza o termo *dementia praecox*, dentro da mesma tradução. Mas a conceituação trazida pelo Kraepelin é uma categoria diagnóstica central e definida, enquanto Morel apenas utiliza de forma descritiva.

(2000) apontam que esse conceito é o embrião que o Kraepelin viria a sistematizar décadas depois, mas com uma notável diferença: a demência não era apenas um desfecho clínico, mas a prova final da degeneração da espécie. Uma interpretação que reforça a ideia de que o conhecimento técnico-científico frequentemente atua como um mecanismo de defesa social ao classificar o sujeito como degenerado, a psiquiatria da época oferecia uma justificativa científica para a exclusão que a lepra já delineava séculos atrás (Foucault, 2006).

A força do pensamento de Morel reside na simbiose entre a religiosidade e o saber médico. Influenciado pela sua perspectiva católica, Morel enxergava a degenerescência à luz do pecado original; o “tipo primitivo” de sua teoria representava o homem perfeito antes de ser expulso do Jardim do Éden (Pereira, 2008). Essa explicação oferece uma base sólida para o estigma: o louco não é perigoso apenas pelo que faz, mas pelo que “é” em sua essência biológica degradada. Essa visão permitiu que a sociedade olhasse para o alienado em busca de sinais físicos (estigmas) da sua decadência, como assimetrias faciais ou orelhas mal formadas (Ackerknecht, 1968).

A teoria de Morel parecia ser socialmente palatável, pois a difusão de uma explicação científica para problemas de comportamento seria amplamente factível na sociedade da época, tendo em vista a indubitável confiança depositada na medicina, nas suas instituições e nos seus membros. Além de promover o afastamento e distanciamento social daqueles que violam as regras comuns na sociedade.

É nesse cenário que surge Cesare Lombroso (1835-1909), médico e intelectual italiano. Ganhou fama após ficar conhecido pela alcunha de “Pai da criminologia”. Apesar das críticas, seu trabalho enfatiza que a loucura, a

precariedade da educação e as condições sociais são propulsoras da criminalidade (Piccinini, 2002). Como observa Pick (1989), a obra de Lombroso não pode ser compreendida sem o suporte conceitual de Morel, uma vez que a biologia revela a periculosidade do sujeito. Logo, o alienismo foi inserido nos estudos da antropologia criminal. A degenerescência de Morel ofereceu a Lombroso a possibilidade de afirmar que o crime não era uma escolha moral, mas um fatalismo orgânico que devolvia o indivíduo ao estágio primitivo da evolução humana.

A conexão torna-se explícita a partir do tratamento dado aos “estigmas físicos”. Por um lado, Morel buscava na conformação do crânio ou orelhas sinais de degeneração hereditária, por outro, Lombroso indicava, sistematicamente, as marcas de regressão evolutiva. Em outras palavras, o corpo “anormal” é uma periculosidade latente.

Segundo Harris (1989), a parceria intelectual involuntária entre Morel e Lombroso permitiu que a ciência do século XIX criasse uma classe de “indesejáveis” cuja exclusão era legitimada antes mesmo do ato desviante. O estigma estava operando com uma perversa forma: o louco e o criminoso estão fundidos na categoria “degenerado”, tornando o distanciamento uma higienização pública.

A abordagem de Lombroso se ramifica da degenerescência de Morel, criando um ciclo sistêmico de exclusão que é reatualizado em diferentes tempos. Há, nessa inter-relação, a legitimidade de práticas institucionais retrógradas. Se a instituição oferece argumentos espúrios que sustentam suas bases de atuação, então a sociedade concorda com o distanciamento e o isolamento dos indivíduos loucos, corroborando para o estigma de que é mais fácil escondê-los do que propor um trabalho de reabilitação social.

3.1.5 Wilhelm Griesinger

Nesse novo cenário, a psiquiatria francesa, com sua ênfase na biografia do paciente e nas causas morais, começou a ser vista como especulativa e carente de rigor científico. A nova geração de médicos alemães, formada em laboratórios e salas de autópsia, buscava uma causa palpável, uma lesão, uma base orgânica para os transtornos da mente. A loucura, para eles, não poderia mais ser uma abstração da alma ou um desvio da razão; deveria, necessariamente, ser uma manifestação de doença corporal.

Wilhelm Griesinger (1817-1868) é o psiquiatra alemão que apresenta de forma contundente as mudanças expostas logo acima. Sua obra representa uma ruptura fundamental com a tradição anterior e lança as bases para toda a psiquiatria biológica que se seguiria. Griesinger não foi apenas um clínico, mas um reformador que buscou ativamente integrar a psiquiatria à medicina geral, retirando-a do isolamento dos asilos e aproximando-a das universidades e dos hospitais gerais. Para ele, essa integração só seria possível se a psiquiatria adotasse os métodos e os pressupostos das outras ciências médicas, localizando seu objeto de estudo em um órgão específico (Shorter, 1997).

A contribuição central de Griesinger pode ser resumida em seu célebre e categórico aforismo, publicado em seu influente tratado de 1845, *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* (A Patologia e Terapia das Doenças Psíquicas): “As doenças mentais são doenças do cérebro”. Para além da expressão da hipótese, essa frase declarava um programa de pesquisa e uma profissão de fé materialista. Para ele, todo pensamento, todo sentimento e toda vontade emanava da atividade cerebral; logo, qualquer perturbação dessas faculdades deveria, por

dedução lógica, ser o sintoma de uma disfunção ou lesão no cérebro (Shorter, 1997).

Essa afirmação teve consequências profundas e imediatas. Primeiramente, ela despojou a loucura de sua aura metafísica e moral. O louco não era mais um ser dominado por paixões desregradas ou por uma falha de caráter, mas um doente como qualquer outro, portador de uma afecção cerebral. Em teoria, isso representava um avanço humanista, pois prometia substituir o julgamento moral pela neutralidade do diagnóstico médico. Em segundo lugar, a abordagem de Griesinger redefiniu o papel do psiquiatra: ele deveria ser, antes de tudo, um neurologista da mente que investiga o cérebro. A busca por causas psicológicas ou biográficas tornava-se secundária; a prioridade era encontrar a relação entre o sintoma mental e a patologia cerebral subjacente (Ackerknecht, 1968).

Apesar da força de seu postulado, Griesinger e seus contemporâneos enfrentavam uma limitação teórica: na grande maioria dos casos, a autópsia dos cérebros dos pacientes psiquiátricos não revelava qualquer lesão visível que pudesse explicar os sintomas observados em vida. A "doença do cérebro" permanecia, na maior parte das vezes, no limbo da inferência teórica, sem convicções práticas que afirmasse a teoria. Contudo, essa ausência de prova não abalou o paradigma; pelo contrário, impulsionou a psiquiatria a refinar seus métodos clínicos na esperança de que a observação rigorosa dos sintomas pudesse revelar os segredos da organização cerebral. Griesinger, portanto, não resolveu o enigma da loucura, mas o reformulou. Ele trocou a pergunta "Qual a história deste indivíduo?" pela pergunta "O que está errado com o cérebro deste indivíduo?". Ao fazer isso, abriu o caminho para Emil Kraepelin, o predecessor que exploraria suas indagações em trabalhos futuros.

3.1.6 Emil Kraepelin

Se Griesinger estabeleceu o dogma de que as doenças mentais são doenças do cérebro, Emil Kraepelin (1856-1926) foi o grande sistematizador que se dedicou a organizar o caos das manifestações clínicas em um sistema classificatório coerente, que pudesse refletir as supostas entidades mórbidas cerebrais. Kraepelin representa o ápice da psiquiatria alemã do século XIX e sua influência é tão vasta que muitos o consideram o pai da psiquiatria científica moderna. Sua obra máxima, *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (Psiquiatria: um manual para estudantes e médicos), publicada em nove edições entre 1883 e 1927, tornou-se a “Bíblia” da disciplina e moldou a compreensão da doença mental por gerações (Engstrom, 2018).

O método de Kraepelin não estava interessado na psicodinâmica ou no conteúdo dos delírios de seus pacientes, mas na observação longitudinal e meticulosa dos padrões de sintomas e, crucialmente, na evolução e no desfecho da doença. Para ele, o diagnóstico psiquiátrico só seria válido se fosse capaz de prever o curso futuro da condição. Era o prognóstico, mais do que o quadro clínico momentâneo, que definia a verdadeira natureza da doença (Jablensky; Kirkbride; Jones, 2011). Depois de alguns anos observando centenas de pacientes nos asilos, Kraepelin percebeu que, por trás da multiplicidade de sintomas, era possível identificar padrões de evolução distintos.

Foi com base nesse critério prognóstico que ele realizou sua síntese mais influente e duradoura: a grande divisão do campo das psicoses endógenas em duas entidades mórbidas distintas. De um lado, ele agrupou os quadros clínicos caracterizados por episódios de exaltação (mania) e de depressão, que tendiam a ocorrer em fases cíclicas, mas que permitiam uma recuperação relativamente

completa nos intervalos. Essa condição ficou conhecida pelo nome de psicose maníaco-depressiva (na atualidade, é chamada de transtorno bipolar) (Peixoto, 2010). Do outro lado, Kraepelin identificou um conjunto de casos que, embora pudessem começar de formas variadas, partilhavam um desfecho comum e sombrio.

Esses casos geralmente se iniciavam na adolescência ou no início da vida adulta e, após um ou mais surtos psicóticos, evoluíam para um estado de deterioração progressiva das faculdades cognitivas e afetivas. O paciente parecia perder a unidade interna de sua personalidade, seu afeto se tornava embotado e sua vontade enfraquecida. A essa condição, de curso crônico e desfecho incapacitante, Kraepelin deu o nome de *Dementia Praecox*, ou "demência precoce" (Kraepelin, 1919/1971). O próprio nome já carregava em si a essência de sua concepção: "precoce" porque se manifestava em jovens, e "demência" porque seu destino era o declínio cognitivo similar ao das demências senis.

Dentro da categoria da demência precoce, Kraepelin descreveu subtipos baseados na sintomatologia predominante: a hebefrenia (marcada pela desorganização do pensamento e afeto pueril), a catatonia (com suas perturbações psicomotoras) e a forma paranóide (dominada por delírios e alucinações). Embora clinicamente diferentes no início, ele acreditava que todas representavam variações da mesma doença cerebral subjacente e que partilhavam o mesmo prognóstico de deterioração (Hoenig, 1983).

As implicações da criação da demência precoce para a representação social da loucura foram imensas e perduram até hoje. A abordagem de Kraepelin, embora cientificamente rigorosa para os padrões da época, efetivamente construiu a esquizofrenia (termo que seria cunhado posteriormente por Bleuler) como uma doença sem esperança. Ao defini-la dessa maneira, ele a inscreveu na medicina a

condição essencialmente crônica, degenerativa e incurável. O foco do tratamento deslocou-se da cura para a mera administração da cronicidade, geralmente dentro dos muros do asilo.

Diferente de Pinel e Esquirol, que ainda buscavam um diálogo com a "parte sã" do paciente, o modelo de Kraepelin via o indivíduo como o portador passivo de um processo patológico cerebral sobre o qual não tinha qualquer controle. O pessimismo prognóstico de Kraepelin legitimou o estigma da incapacidade na loucura. O diagnóstico de demência precoce não era apenas um rótulo clínico; era uma sentença que previa um futuro de inevitável declínio social e pessoal. Foi assim que, na virada do século XX, a antiga figura do "louco" encontrou sua moderna encarnação científica: o paciente com demência precoce ressurgiu no indivíduo cuja identidade e cujo futuro estavam irremediavelmente definidos pela doença cerebral.

Não é difícil notar que a perspectiva de Kraepelin tinha um caráter inevitável sobre o portador da loucura. A demência precoce trazia uma perspectiva delimitada em seu diagnóstico, no entanto, o paradigma biológico apresentaria um contraponto crucial que só pode ser respondido a partir da perspectiva psicológica. Eugen Bleuler (1857-1939) é um nome importante para responder às lacunas deixadas pelo seu antecessor.

3.1.7 Eugen Bleuler

Bleuler buscou trazer para a “psiquê” a demência precoce. Nessa empreitada teve a ajuda do seu jovem assistente: Carl Gustav Jung, notadamente influenciado pela psicanálise e pelas ideias de Sigmund Freud, de quem era correspondente. Assim, embarcando no mundo interno do paciente, surge o interesse pela

autoconsciência do portador da doença ao refletir sobre si mesmo e sua condição clínica (Hoenig, 1983).

A hegemonia do modelo de Kraepelin, com sua ênfase na observação externa e no prognóstico inflexível, parecia ter solidificado a demência precoce como uma entidade nosológica definitiva. No entanto, em Zurique, Suíça, no célebre Hospital Burghölzli, onde assumiu o cargo de professor de psiquiatria, surge uma visão radical que nega todas as suas ideias estabelecidas anteriormente. Bleuler assumiu a direção da clínica psiquiátrica de Rheinau, um hospital na ilha do Reno, notadamente reconhecido pelo seu “atraso”, onde Bleuler implementou diversas mudanças e melhorias nas condições dos pacientes que ali viviam. Embora tenha treinado na mesma tradição organicista alemã, sentia-se profundamente insatisfeito com o enquadramento kraepeliniano. Retornando para Burghölzli, em 1898, Bleuler foi nomeado diretor e empregou Carl Jung como interno. Jung se graduou em 1900, aos 25 anos de idade. À época, leu o livro *A interpretação dos sonhos*, de Sigmund Freud, por ser uma das sugestões do seu orientador, o professor Bleuler (Silveira, 2009). A influência pelo pensamento psicodinâmico nos estudos freudianos fez com que Bleuler acreditasse na descrição das superfícies do comportamento e aceitasse a importância da experiência psicológica do paciente a fim de compreender a essência da doença.

Essa abordagem o permitiu questionar os próprios pilares do conceito de demência precoce. Em sua obra monumental de 1911, *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien* (Demência precoce ou o grupo das esquizofrenias), Bleuler formulou sua crítica. Primeiramente, ele argumentou que o termo "demência" era enganoso. Seus longos anos de observação clínica mostravam que, embora a doença pudesse ser gravemente incapacitante, ela não conduzia invariavelmente a

um estado de deterioração cognitiva completa, como o observado nas demências orgânicas. Muitos pacientes mantinham a memória, a orientação e certas faculdades intelectuais intactas. Em segundo lugar, o adjetivo "precoce" também se mostrava inadequado, pois ele havia observado o surgimento da doença em pacientes depois da juventude (Bleuler, 1911/1955).

Com base nessas objeções, Bleuler propôs um novo nome, que além de corrigir as imprecisões de Kraepelin, carregava em si uma nova teoria sobre a natureza da doença: a esquizofrenia**.** O termo, derivado do grego *schizo* (σχίζω, "cisão", "divisão") e *phren* (φρήν, "mente"), não se referia a uma "dupla personalidade", como seria erroneamente interpretado pelo senso comum, mas a uma "cisão das funções psíquicas" (Rodrigues, 2009). Para Bleuler, o processo patológico fundamental da doença era a desintegração dos fios que conectam o pensamento, o afeto e a vontade, fazendo com que essas funções passassem a operar de forma autônoma e desarmônica. O afeto já não correspondia à ideia, e a vontade não conseguia se traduzir em ação coerente. Era essa fragmentação interna da personalidade que ele considerava o verdadeiro núcleo da condição (Silverstein; Keane, 2011).

Segundo Rodrigues (2009), essa conceitualização levou Bleuler a propor uma hierarquia de sintomas radicalmente nova, que invertia a lógica de Kraepelin. Ele argumentou que os sintomas mais espetaculares, como os delírios e as alucinações, que Kraepelin considerava centrais, eram, na verdade, sintomas acessórios ou secundários. Eram tentativas da psique do paciente de lidar com o defeito primário, ou seja, manifestações de superfície. Os verdadeiros sintomas fundamentais ou primários, aqueles que estavam presentes em todos os casos e que constituíam a essência da esquizofrenia, eram mais sutis e só poderiam ser apreendidos por uma

observação atenta da vida interior do paciente. Bleuler agrupou esses sintomas naquilo que ficou conhecido como os "Quatro As".

O primeiro e mais importante sintoma fundamental era a perturbação da **A**ssociação de ideias. Diferente do pensamento lógico, que segue uma meta, o pensamento esquizofrênico perdia sua direcionalidade. As associações se tornavam frouxas, bizarras e governadas por regras idiossincráticas, resultando em um discurso vago, digressivo e, nos casos mais graves, em uma "salada de palavras". O segundo "A" referia-se ao **A**feto. Bleuler notou que o problema central não era a ausência de emoção, mas sua inadequação ou embotamento. O paciente podia relatar um evento trágico com um sorriso, ou reagir a uma boa notícia com indiferença, evidenciando a cisão entre o conteúdo do pensamento e a resposta emocional.

O terceiro sintoma fundamental era a **A**mbivalência. Bleuler a descreveu como a coexistência patológica de impulsos, sentimentos e pensamentos contraditórios (amor e ódio pela mesma pessoa; o desejo de comer e a recusa em fazê-lo), paralisando a vontade e a capacidade de tomar decisões. Finalmente, o quarto "A" era o **A**utismo, um termo que Bleuler cunhou com um significado muito específico: um afastamento da realidade externa para uma vida interior dominada por fantasias e pensamentos próprios. O paciente autista se retraía do contato social não por desinteresse, mas porque sua realidade interna se torna mais vívida e premente que o mundo exterior (Silva, 2006).

A introdução do conceito de esquizofrenia por Bleuler representou muito mais do que uma simples mudança de nome. Ela teve um impacto profundo e duradouro, pois o ponto em que Bleuler mais significativamente se afastou da posição de Kraepelin foi justamente no curso da doença a longo prazo. Em sua visão, baseada

em décadas de experiência, o grupo das esquizofrenias poderia ter um curso altamente heterogêneo, variando desde um único episódio com recuperação completa até, no pior dos casos, uma deterioração constante. Por isso, ele insistia que a doença não era necessariamente precoce nem conduzia sempre a uma demência no sentido kraepeliniano (Hoff, 2015). Essa visão era marcadamente menos pessimista e se diferenciava da noção de Kraepelin de um prognóstico negativo e inevitável.

Essa nova perspectiva abriu as portas para uma abordagem mais terapêutica. Bleuler, pragmaticamente, incluiu elementos hermenêuticos e técnicas psicanalíticas no diagnóstico e na terapia, pois um de seus objetivos centrais era chegar a uma compreensão dos sintomas esquizofrênicos como expressões de uma vida psicodinâmica interna (Scherbaum, 1992). Diferentemente de Kraepelin, ele não via contradição entre a hipótese de disfunção neurobiológica e a aplicação sistemática de métodos que buscassem decifrar a experiência de seus pacientes. Ao reintroduzir a possibilidade de compreender o mundo simbólico do paciente, ele resgatou a esperança no campo que o pessimismo prognóstico de Kraepelin havia sentenciado, abrindo caminhos para o diálogo e a psicoterapia (Hoff, 2015).

Contudo, essa nova concepção também gerou novas formas de estigma. O termo "esquizofrenia", com sua etimologia de "mente cindida", entrou no senso comum de forma distorcida e se tornou sinônimo de "dupla personalidade", um conceito completamente distinto. Essa confusão alimentou a representação social do esquizofrênico como um ser imprevisível, internamente dividido entre um "eu" bom e um "eu" mau, inconstante e, portanto, pouco confiável (Angermeyer; Matschinger, 2004).

A complexidade da teoria de Bleuler foi perdida na tradução para o imaginário social, mas a força de sua palavra permaneceu, criando uma nova e poderosa etiqueta para a loucura. Assim, a obra de Bleuler encerra a grande fase de construção nosológica da psiquiatria clássica. Ele pegou a entidade biológica de Kraepelin e lhe deu uma psicologia, um mundo interno e um novo nome. O debate entre essas duas visões e a doença do cérebro versus o transtorno da mente, definiria todo o século XX e continua a ecoar nas discussões contemporâneas sobre a natureza e o tratamento da esquizofrenia.

3.2 Século XX

A primeira metade do século XX encerrou o ciclo de conceitos da psiquiatria clássica (Shorter, 1997). De Pinel a Bleuler, a loucura havia sido enquadrada, classificada e psicologizada. O asilo se consolida como seu território, e o debate sobre sua natureza oscilava entre o cérebro (Kraepelin) e a mente (Bleuler). Contudo, apesar das elaboradas teorias, a prática terapêutica permanecia dramaticamente. Para a vasta maioria dos internos nos superlotados hospitais psiquiátricos, o tratamento consistia em uma rotina de contenção, banhos de gelo e, nos casos mais agudos, uma série de intervenções somáticas agressivas que hoje seriam vistas como tortura, mas que na época representavam a vanguarda da medicina em sua luta desesperada contra a psicose (Healy, 2004).

Essas eram as "terapias de choque", introduzidas a partir dos anos 1930. A terapia do coma insulínico, desenvolvida por Manfred Sakel, envolvia a indução de comas profundos através de altas doses de insulina, um procedimento arriscado que poderia levar à morte (Wellington, 2022). Ladislas Meduna, em um trabalho de observação da suposta dessemelhança entre epilepsia e esquizofrenia, induziu

convulsões violentas com a injeção de cardiazol (Baran, 2008). Posteriormente, Ugo Cerletti e Lucio Bini refinaram a técnica, substituindo o agente químico por uma corrente elétrica aplicada diretamente no cérebro, criando o eletrochoque (Karlovic, 2020). Embora apresente eficácia nos quadros de catatonia e depressão grave, seu mecanismo de ação era desconhecido e seu uso frequentemente indiscriminado (Shorter, 1997).

O ápice dessa psiquiatria invasiva foi a psicocirurgia, notadamente a lobotomia, desenvolvida por Egas Moniz (Tan; Yip, 2014) e rapidamente popularizada nos Estados Unidos por Walter Freeman. A técnica consistia em seccionar as fibras nervosas que conectam os lobos frontais ao resto do cérebro, muitas vezes com um picador de gelo inserido pela órbita ocular. O resultado era a pacificação do paciente ao custo de sua personalidade, de sua emoção e de seu intelecto.

Nenhuma dessas terapias, contudo, atuava sobre o núcleo da experiência psicótica: a angústia dos delírios ou o terror das alucinações. O asilo gerenciava a loucura, mas não a curava. Foi nesse cenário de impotência terapêutica que, em meados do século XX, um evento não planejado, fruto da serendipidade e da observação clínica sagaz, mudaria para sempre o destino da psiquiatria e a representação social da insanidade mental. A descoberta do primeiro medicamento antipsicótico não foi o resultado de uma busca deliberada por uma cura para a esquizofrenia, mas um efeito colateral inesperado na busca por um objetivo muito mais pragmático: a tranquilidade cirúrgica.

O artigo *History of the Discovery and Clinical Introduction of Chlorpromazine*, escrito por Francisco López-Muñoz, Winston Shen, Patrick Clervoy e Gabriel Rubio (2005), condensa a história desse marco fundamental na compreensão analítica da

loucura e dele iremos extrair os pontos mais relevantes e as figuras cruciais nessa descoberta. O paradigma psicofarmacológico é um fascinante percurso pela história da química, da indústria e da medicina de guerra, culminando na descoberta acidental que reconfigurou a psiquiatria. As origens da substância que viria a ser a clorpromazina remontam, curiosamente, à indústria alemã de corantes do final do século XIX. Foi no seio da *Badische Anilin und Soda Fabrik* (BASF), enquanto se trabalhava com derivados de anilina para a indústria têxtil, que o químico August Bernthsen sintetizou, em 1883, a primeira molécula da família das fenotiazinas. Por décadas, esses compostos permaneceram no domínio da química industrial, até que o desenvolvimento da microscopia e a necessidade de corantes para preparações histológicas trouxeram essas substâncias para o campo da medicina.

Paul Ehrlich, pioneiro da quimioterapia, ao observar que alguns desses corantes possuíam capacidades bactericidas, iniciou a busca pela "bala mágica": um produto capaz de destruir patógenos sem agredir as células humanas. Foi nesse contexto que as fenotiazinas, como o azul de metileno, começaram a ser estudadas por suas propriedades anti-infecciosas. As duas Guerras Mundiais aceleraram drasticamente essa linha de pesquisa; o bloqueio ao fornecimento de quinina, o único remédio para a malária, forçou os cientistas alemães e, posteriormente, os Aliados, a buscar alternativas sintéticas. Embora a pesquisa antimalárica com as fenotiazinas tenha se mostrado um beco sem saída, ela levou os químicos, como Gilman nos EUA, a sintetizar novos compostos através da adição de cadeias de aminoalquilato ao anel fenotiazínico, uma modificação estrutural que se provaria crucial para os desenvolvimentos futuros (Muñoz, 2005).

Após a Segunda Guerra Mundial, o epicentro da pesquisa moveu-se para a França, no laboratório Rhône-Poulenc. Ali, no contexto da pesquisa por substâncias

anti-histamínicas, os químicos e farmacologistas decidiram reexaminar os derivados fenotiazínicos que não haviam funcionado como antimaláricos. Liderados por Paul Charpentier, eles desenvolveram novas moléculas, entre elas a prometazina, que foi comercializada com sucesso como um anti-histamínico e sedativo. A aplicação psiquiátrica dessas substâncias ainda era tímida e assistemática; alguns médicos testaram a prometazina para acalmar pacientes agitados, mas os resultados foram considerados modestos e tiveram pouco impacto na comunidade médica. A droga, de acordo com Lickey e Gordon (1991), ainda estava "em busca de uma doença". O encontro decisivo ocorreria não na psiquiatria, mas na mesa de cirurgia.

É nesse ponto que emerge a figura central de Henri Laborit. Cirurgião da marinha francesa, ele estava obcecado em encontrar um método para prevenir o choque cirúrgico, uma reação defensiva excessiva do organismo que frequentemente levava os pacientes à morte. Sua ideia, considerada revolucionária na época, era que, em vez de tentar reanimar um sistema em colapso, seria mais eficaz "colocá-lo para dormir", induzindo um estado de "hibernação artificial" que diminuiria as reações vegetativas que causam e mantêm o choque. Para isso, ele começou a testar os anti-histamínicos disponíveis, incluindo a prometazina, misturando-os em "coquetéis líticos" para administrar nos seus pacientes (Muñoz, 2005).

Laborit observou que a prometazina, além de seus efeitos anti-choque, induzia nos pacientes um estado peculiar de calma e relaxamento, uma tranquilidade que ele previu que poderia ter implicações psiquiátricas. Ciente do potencial, ele solicitou ao laboratório Rhône-Poulenc que buscasse um agente com efeitos depressores sobre o sistema nervoso central ainda mais potentes. Em resposta, a equipe de Paul Charpentier sintetizou, em dezembro de 1950, um

derivado clorado da promazina, registrado como RP-4560. Os testes farmacológicos, conduzidos por Simone Courvoisier, revelaram que a nova molécula possuía uma atividade extraordinária, capaz de extinguir reflexos condicionados em ratos sem alterar sua força motora, um efeito marcadamente diferente do de um simples sedativo (Muñoz, 2005).

Ao receber as amostras do RP-4560, Laborit confirmou que aquele era o agente que ele tanto buscava. Nos pacientes cirúrgicos, a droga ia além de um excelente potencializador anestésico, pois induzia um notável estado de calma e indiferença no pré-operatório, ou seja, havia "desinteresse" (*désintéressement*) pela situação estressante que o cercava. Com base nessa observação, ele argumentou explicitamente, em uma publicação de fevereiro de 1952, que suas descobertas poderiam "antecipar certas indicações para o uso deste composto em psiquiatria". A partir disso, persuadiu seus colegas do serviço de neuropsiquiatria do Hospital Val-de-Grâce, Joseph Hamon e Jean Paraire, a testarem a droga. Em 19 de janeiro de 1952, eles administraram o RP-4560 em um paciente maníaco de 24 anos, que se acalmou rapidamente e, após três semanas de tratamento, recebeu alta. Em sua publicação, Paraire afirmou profeticamente: "Nós provavelmente introduzimos uma série de produtos que irão enriquecer a terapia psiquiátrica" (Muñoz, 2005).

O efeito da droga era diferente de tudo o que já haviam visto. A clorpromazina não era um mero sedativo como os barbitúricos; ela parecia atuar no núcleo da psicose, um efeito que Deniker chamou de "neuroléptico" (que "toma o neurônio"), para descrever a capacidade única da droga de acalmar a agitação sem induzir o sono, ao mesmo tempo em que produzia efeitos colaterais motores característicos. A notícia do "primeiro antipsicótico" se espalhou pelo mundo, dando início a uma era de otimismo sem precedentes (Healy, 2004).

Pierre Deniker e Jean Delay, do Hospital Sainte-Anne, ouviram falar dos experimentos de Laborit e decidiram testar o RP-4560, mas com uma diferença fundamental: eles o administraram sozinho, sem a combinação com outros sedativos ou barbitúricos. Ao fazerem isso, confirmaram a eficácia da substância—ao perceberam que as doses utilizadas por Laborit eram insuficientes para um efeito antipsicótico verdadeiro, sendo necessário a aplicação de dosagens 4 a 6 vezes maiores que o habitual. Foram eles que descreveram o estado clínico único induzido pela droga: lentificação motora e indiferença afetiva sem perda de consciência. Diante desse resultado, o batizaram de "síndrome neuroléptica". Em uma série de publicações a partir de maio de 1952, eles disseminaram o uso da clorpromazina como um tratamento específico para os estados de agitação psicótica, efetivamente inaugurando a era da psicofarmacologia. A partir daquele momento, a psiquiatria, o asilo e a própria imagem social da loucura jamais seriam os mesmos (Muñoz, 2005).

A chegada da clorpromazina (lançada como Thorazine nos EUA, em 1954, e Amplictil no Brasil) e de outros neurolépticos teve um impacto imediato e devastador sobre a principal instituição psiquiátrica: o asilo. Em poucos anos, as enfermarias que antes eram dominadas por gritos, agitação e violência, tornaram-se silenciosas. Os medicamentos funcionavam como uma "camisa de força química", tornando os pacientes crônicos, antes considerados intratáveis, dóceis e manejáveis. O efeito foi tão dramático que as populações dos hospitais psiquiátricos, que haviam crescido incessantemente por mais de um século, começaram a despencar. Nos Estados Unidos, o número de leitos psiquiátricos atingiu seu pico em 1955, com cerca de 560.000 pacientes, e entrou em queda livre nas décadas seguintes, chegando a menos de 40.000 nos dias atuais (Lamb; Bachrach, 2001).

Essa redução drástica da população asilar, conhecida como desinstitucionalização, foi impulsionada por uma confluência de fatores, mas a existência dos antipsicóticos foi seu catalisador indispensável. Os medicamentos forneceram a justificativa técnica e a confiança de que os pacientes poderiam ser tratados de forma segura e eficaz fora dos muros do hospital. A essa justificativa, somaram-se pressões econômicas e políticas. Nos EUA, a aprovação do *Community Mental Health Centers Act* em 1963, sob a administração de John F. Kennedy, refletia um novo ideal de tratamento comunitário. A lei previa a criação de uma vasta rede de centros de saúde mental que substituiriam os grandes asilos. No entanto, a promessa raramente se concretizou; os centros foram “sub financiados” e focaram em pacientes com problemas menos graves, deixando os mais necessitados sem suporte (Goldman; Grob, 2006).

Contudo, a promessa de uma vida integrada na comunidade para os egressos dos asilos rapidamente se revelou uma utopia falha. A desinstitucionalização foi, em grande parte, um processo de "desospitalização" sem a criação de uma rede de suporte comunitário adequada. Pacientes foram liberados para os cuidados de famílias despreparadas, viverem em hotéis de baixa renda ou, simplesmente, ficarem abandonados nas ruas da cidade. O resultado não foi a liberdade, mas um novo tipo de exclusão. O termo "transinstitucionalização" foi cunhado para descrever o fenômeno real: os doentes mentais graves não foram para a comunidade, mas sim transferidos dos hospitais psiquiátricos para outras instituições, principalmente o sistema de justiça criminal e abrigos para sem-teto. A loucura, antes confinada, tornou-se visível e criminalizada nas ruas, alimentando novos medos e estigmas (Lamb; Bachrach, 2001).

Perante a lente da Psicologia social, o louco fora retirado de uma “muralha de pedra” e posto em uma “muralha molecular”. É o que argumenta Scull (1984) ao explicar que o processo de desinstitucionalização não foi movido apenas por um ímpeto humanitário ou pelo sucesso clínico dos fármacos, mas sim através da complexa rede de pressões econômicas e políticas que almejavam reduzir os custos do Estado com custódias de longa duração.

Diante desse cenário, a medicalização não vinha como uma cura, mas se tratava de um viabilizador denominado por Scull pelo nome “descarcerização”. Um controle que outrora era exercido pelo asilo e pela vigilância do alienista, agora era transferido para o próprio corpo do sujeito, mantido em um estado quimicamente “estável”.

Essa biologização do tratamento trouxe consequências profundas para a esquizofrenia em particular. A crença difundida é de que a medicalização repara um “defeito biológico”. Sob esse prisma que Phelan (2002) problematiza o tratamento químico, pois afeta a base genética do paciente. Esperava-se que, ao atribuir o transtorno a causas neuroquímicas ou genéticas, a culpa moral do indivíduo fosse reduzida. No entanto, essa explicação biológica pode, na verdade, aumentar a distância social. Ainda de acordo com Phelan, a atribuição genética rotula o indivíduo como “essencialmente diferente” ou “permanentemente defeituoso”, criando uma percepção de imutabilidade e imprevisibilidade que alimenta o medo no senso comum.

Dessa forma, a era dos psicofármacos inicia um período estigmatizante que, embora menos visível que as correntes crítico-teóricas abordadas anteriormente, é igualmente percebido. A integração na comunidade, proposta pelos movimentos de reforma psiquiátrica, muitas vezes esbarra em um senso comum que aceita o louco

no território, desde que ele permaneça sob o efeito dos fármacos. Como vimos em Loch (2013), a persistência dos estereótipos de periculosidade, mesmo diante do avanço farmacológico, revela que o estigma é uma estrutura resiliente que se adapta às novas tecnologias de controle, mantendo a distância social através da vigilância química e da biologização da existência humana.

Talvez o impacto mais profundo e duradouro do paradigma psicofarmacológico não tenha sido nas instituições, mas no imaginário coletivo. A eficácia visível dos medicamentos ofereceu uma prova concreta e irrefutável para o paradigma biológico que Griesinger havia postulado um século antes. O argumento tornou-se simples, intuitivo e imensamente poderoso: se um composto químico pode aliviar os sintomas da loucura, então a loucura deve ser, em sua essência, um problema químico no cérebro.

Essa lógica deu origem à popular e influente "hipótese do desequilíbrio químico", que para uma vasta gama de transtornos mentais é entendida e aceita pelo público como uma justificativa plausível e definitiva para o desenfreado uso de psicofármacos (Ang; Horowitz; Moncrieff, 2022). No caso da esquizofrenia, essa ideia se materializou na "hipótese dopaminérgica", especialmente por postular que os sintomas psicóticos eram causados pelo excesso de atividade do neurotransmissor dopamina em certas vias cerebrais (Menegatti et al, 2004). Embora essa hipótese estabeleça bases heurísticas úteis para a pesquisa, ela foi agressivamente simplificada e comercializada para o público como uma explicação definitiva. A loucura, despida de suas complexidades psicológicas, sociais e existenciais, reenquadrou-se na categoria de "doença do cérebro como qualquer outra", análoga ao diabetes (que é uma deficiência de insulina) ou à doença cardíaca (Moncrieff, 2007).

Essa medicalização teve um efeito paradoxal sobre o estigma. Por um lado, ela buscava reduzir a culpa e a vergonha, argumentando que o paciente não era responsável por sua condição. Por outro, solidificou uma nova e problemática representação social. Pesquisas sociológicas começaram a mostrar que, embora as explicações biogenéticas diminuíssem a atribuição de culpa, elas simultaneamente aumentavam o desejo por distância social (Phelan; Cruz-Rojas; Reiff, 2002). O público passava a ver os doentes mentais enquanto portadores de um defeito biológico que os tornava imprevisíveis e potencialmente incuráveis. O estigma não desapareceu; ele apenas mudou sua justificativa, da moral para a biológica (Read; Harré, 2001).

A fim de examinar de maneira empírica a eficácia do paradigma psicofarmacológico na alteração das representações sociais da esquizofrenia, faz-se necessário a utilização de dados longitudinais sobre as atitudes da população. Pesquisas conduzidas por Bernice Pescosolido e colaboradores (2010;2013), fundamentadas nos módulos de saúde mental do *General Social Survey* (GSS) dos Estados Unidos, fornecem um mapeamento estrutural das mudanças de percepção ocorridas entre 1996 e 2006. O escopo central dessas investigações consistiu em testar a premissa de campanhas institucionais e médicas de que a disseminação da etiologia neurobiológica resultaria na mitigação do estigma público.

Dados publicados em 2010 revelam que a aceitação pública do modelo biomédico cresceu de modo estatisticamente significativo ao longo de uma década. A atribuição da esquizofrenia a fatores genéticos ou ao desequilíbrio químico no cérebro subiu de 76% para 86% da amostra populacional. Face às novas percepções, detectou-se que as intervenções estritamente médicas (consultas com psiquiatras e

uso de medicações prescritas) e as internações hospitalares alcançaram patamares amplamente majoritários na sociedade (Pescosolido, 2010).

Ocorre, no entanto, uma cisão entre a adesão da população ao tratamento químico e à integração social do sujeito diagnosticado. As pesquisas demonstram que apesar do aumento do conhecimento neurobiológico, os índices de estigma público não sofreram redução e, em variáveis específicas de distanciamento social, agravaram-se. A recusa em ter uma pessoa com esquizofrenia como vizinha saltou de 34% em 1996 para 45% em 2006. O distanciamento social no ambiente de trabalho manteve-se endossado por 62% da amostra, enquanto a rejeição ao ingresso de um indivíduo com esquizofrenia na família através do matrimônio atingiu 69%. A crença de que essas pessoas são propensas a cometer atos de violência contra terceiros também se manteve alta (60%).

Pescosolido (2013) aprofunda a análise desse impasse constatando que a percepção neurobiológica desencadeia um “efeito rebote” *(backlash)* nas atitudes comunitárias. Mantendo a dualidade do modelo psicofarmacológico, socialmente as pessoas entendem que a crença genética e a busca cerebral devem incentivar a busca por ajuda psiquiátrica, no entanto, o pessimismo impede a suposta recuperação do indivíduo. Os indivíduos que endossam a explicação do rótulo da doença mental, tal qual as atribuições químicas ou genéticas, apresentam o dobro de chances de atribuir potencial de violência ao sujeito e são cinco vezes mais propensos a apoiar tratamentos coercitivos (Pescosolido, 2013).

A nova representação social do louco era a de um paciente crônico, cuja identidade estava intrinsecamente ligada ao seu diagnóstico e à sua dependência da medicação. O papel do psiquiatra transformou-se do diretor de asilo ou do psicoterapeuta para o do psicofarmacologista. O paciente, por sua vez, foi

posicionado como um receptor passivo de um tratamento químico, e sua experiência subjetiva tornou-se secundária. O esvaziamento dos asilos supostamente ofereceu alívio para milhões de pessoas que são ensinadas a legitimar o preconceito contra o público esquizofrênico. Porém, as mortes generalizadas revelaram a visão redutora da loucura, que embora pretendesse combater o estigma, criou novas formas de exclusão.

Ao prometer uma solução química para um problema profundamente humano, ela preparou o terreno para um novo passo na era psiquiátrica: o movimento da antipsiquiatria, que questionaria os tratamentos e até a própria existência da psiquiatria.

Sob a lente da Psicologia social, o fenômeno pode ser clarificado pelo processo de "essencialismo biológico" ou "neuroessencialismo". Ao ancorar o transtorno mental em anomalias do DNA ou na estrutura física do cérebro, a sociedade passa a perceber as diferenças humanas como deterministas e inatas. O pensamento essencialista agrava as divisões sociais porque transforma o indivíduo estigmatizado em alguém categoricamente distinto e possuidor de uma essência cerebral defeituosa. Consequentemente, enquanto as explicações de ordem psicossocial permitiam visualizar a possibilidade de mudança, a explicação biogenética fomenta o fatalismo e o medo coletivo de uma natureza irrevogavelmente corrompida (Haslam, 2011).

Assim, podemos observar como a apropriação do paradigma psicofarmacológico pelo senso comum operou uma modernização na linguagem utilizada para a descrição da loucura, mantendo intactas antigas dinâmicas de marcação. O estigma é reescrito a partir de uma falha moral para uma falha orgânica, demonstrando que tal biologização do comportamento serve, para o

imaginário coletivo moderno, como uma ferramenta sociocognitiva que demarca a alteridade da loucura e legitima o distanciamento.

A psicofarmacologia, com sua promessa de uma solução química para a loucura, consolidou o modelo biomédico na psiquiatria de meados do século XX. No entanto, quase simultaneamente, um movimento radicalmente oposto começou a emergir. Nenhuma outra área da medicina sofreu uma crítica tão profunda em suas premissas básicas como a psiquiatria ao ser confrontada com as posições da antipsiquiatria. Alimentado pelo clima de contestação social, política e cultural que marcou as décadas de 1950 e, sobretudo, 1960, um grupo heterogêneo de psiquiatras, intelectuais e ativistas lançou um ataque frontal aos tratamentos psiquiátricos e aos próprios fundamentos da disciplina. Esse movimento combatia os discursos que categorizavam a loucura ao rótulo de doença cerebral, haja vista as investidas política e existencial de uma sociedade opressora.

3.3 Antipsiquiatria e Movimentos Sociais

A ascensão da antipsiquiatria é inseparável do seu contexto histórico: a contracultura (Oliveira, 2011). Em um período de intensa revisão de valores, os movimentos de juventude passaram a questionar o sistema e suas formas de controle, negando normas vigentes em busca de maior liberdade e da ampliação dos estados de consciência. Os poderes estabelecidos, por sua vez, reagiram a essa contestação. Comportamentos e atitudes dos adeptos da contracultura, como os da geração *beat*, foram frequentemente classificados como anormais, insanos e loucos. Essa "fabricação da loucura", Na colocação de Oliveira (2011), utilizava o diagnóstico psiquiátrico como ~~uma~~ ferramenta de controle para silenciar e invalidar a dissidência, enclausurando jovens em hospitais psiquiátricos onde eram submetidos

a tratamentos violentos que se assemelhavam a punições. Foi em oposição a essa aliança entre o poder e o saber psiquiátrico que a antipsiquiatria surgiu, questionando as práticas psiquiátricas

O movimento não foi monolítico, mas teve expoentes em diversos países. Na Inglaterra, David Cooper (que cunhou o termo "antipsiquiatria"), Ronald Laing e Gregory Bateson formaram sua base inicial. Para eles, o foco da análise deveria se deslocar do indivíduo para as relações sociais. O procedimento correto não seria isolar o sujeito, mas compreender seus comportamentos "doentios" a partir das relações que ele mantém com os outros. Nesse sentido, seria mais correto dizer que uma relação está doente do que qualificar como doente o indivíduo que dela participa. O estudo da instituição familiar, em particular, tornou-se central para pensar a origem dos comportamentos do esquizofrênico. Para Cooper, a família é o primeiro grupo educativo do qual o Estado se vale para formar seus cidadãos, estabelecendo papéis e doutrinando seus membros, em vez de criar condições para que assumam livremente sua identidade (Cooper, 1986).

Nos Estados Unidos, a crítica se manifestou nos trabalhos de Thomas Szasz e na escola de Palo Alto de Gregory Bateson, enquanto na Itália, Franco Basaglia liderou a vertente mais politicamente engajada do movimento. Basaglia, cuja obra influenciou diretamente a Reforma Psiquiátrica Brasileira, não se limitou a uma crítica teórica; ele promoveu o fechamento dos hospitais psiquiátricos, substituindo-os por uma rede de serviços comunitários. A grande contribuição da antipsiquiatria, portanto, foi seu caráter libertário, pois o ativismo permitiu que as decisões deixassem de ser exclusivas da instituição psiquiátrica e fizesse parte da agenda pública. Ao aproximar-se da contracultura, ela denunciou as mazelas sociais refletidas nos serviços psiquiátricos e deu voz às vítimas desses tratamentos,

transformando a doença mental em um tema literário, poético, filosófico e, acima de tudo, político (Oliveira, 2011).

No Brasil, a crítica ao modelo manicomial ganhou força e se transformou em um robusto movimento social no final da década de 1970, em um cenário de intensa efervescência política e de luta pela redemocratização do país. Seguindo a trajetória de outras mobilizações da época, foi no contexto da abertura do regime militar que surgiram as primeiras manifestações organizadas no setor da saúde (Luchmann; Rodrigues, 2007). O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) emergiu como um ator relevante, assumindo um papel central nas denúncias contra o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que incluía práticas de tortura, corrupção e o descaso com a dignidade humana. Inicialmente, as reivindicações giravam em torno da melhoria das condições de trabalho e da humanização dos serviços, mas rapidamente a discussão se aprofundou, questionando o próprio modelo asilar. A vinda ao Brasil de figuras internacionais como Franco Basaglia, em 1979 proporcionou novas ideias ao movimento, fortalecendo a crítica radical ao manicômio como lugar de exclusão e violência (Luchman; Rodrigues, 2007).

O marco definitivo na consolidação do movimento, no entanto, ocorreu em 1987, durante o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru (SP). Este evento foi um ponto de inflexão, pois registrou pela primeira vez a presença massiva e organizada de associações de usuários e familiares, transformando um movimento até então majoritariamente de trabalhadores em uma luta social mais ampla e plural. Foi nesse congresso que se instalou o lema que definiria toda a trajetória futura do movimento: "Por uma sociedade sem manicômios". As palavras de ordem sinalizavam o desejo de mudança que não visava reformar ou melhorar a organização do hospital psiquiátrico, mas propor a superação dessa instituição, modificando as relações

entre a sociedade, o louco e a loucura (Luchmann; Rodrigues, 2007). O "Manifesto de Bauru" tornou-se o documento de fundação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, firmando um pacto político que visava tirar a discussão da loucura dos limites técnicos da assistência para colocá-la no centro do debate sobre cidadania e direitos humanos.

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

A força do Manifesto de Bauru reside em sua capacidade de operar uma torção fundamental na linguagem e no campo de batalha. Ao declarar como meta "uma sociedade sem manicômios", o texto revisa os preceitos contraditórios de humanização que eram praticados dentro dos hospitais psiquiátricos. A loucura é definitivamente deslocada do campo da patologia para o campo da política. O

manifesto não fala em "pacientes", mas em "cidadãos"; não reivindica melhores "tratamentos", mas um novo "estatuto social".

Dessa forma, o movimento brasileiro, embora herdeiro da crítica teórica da antipsiquiatria europeia, ganha contornos próprios ao se enraizar na luta pela redemocratização do país. Ele representa a contestação de séculos de representações sociais que construíram o louco como alguém a ser tutelado, silenciado e excluído, desde a segregação do leproso analisada por Foucault até o pessimismo prognóstico de Kraepelin.

O manifesto é a tentativa de construir uma nova representação: a do louco como sujeito de direitos, cuja existência e sofrimento devem ser acolhidos no espaço público, e não trancafiados em uma instituição. É a partir desse marco que a utopia se transforma em projeto, dando início à longa e complexa jornada pela Reforma Psiquiátrica no Brasil e pela construção de uma rede de cuidados baseada na liberdade e na comunidade.

A Reforma Psiquiátrica trouxe consigo uma mudança proposta no tratamento e na abordagem dos serviços públicos. Se a desinstitucionalização seria uma palavra de ordem nesse movimento, algo precisaria surgir para substituir os hospitais psiquiátricos de modo a conseguir todos os avanços almejados pelos precursores dessa reforma. Foi assim que surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros serviços substitutivos.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2001), os CAPS são lugares que oferecem serviços de saúde abertos para a comunidade. Com uma equipe diversificada, o trabalho é feito em conjunto a fim de atender as necessidades em

saúde mental das pessoas. A ênfase do trabalho desse lugar é ajudar em situações difíceis ou no processo de reabilitação psicossocial.

> O CAPS atua com diferentes modalidades, sendo elas::
> CAPS I: Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados às necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes.
>
> CAPS II: Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.
>
> CAPS i: Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.
>
> CAPS ad Álcool e Drogas: Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.
>
> CAPS III: Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.
>
> Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPSad, possuindo até 05 (cinco) leitos para acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes.
>
> CAPS ad III Álcool e Drogas: Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com sofrimento psíquico intenso e necessidades de cuidados clínicos contínuos.
>
> Serviço com no máximo 12 leitos de hospitalidade para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes.
>
> (BRASIL, 2022)

O CAPS é parte de um conjunto de serviços englobado pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O RAPS, bem como os serviços que o compõem, têm diretrizes estabelecidas enquanto ~~uma~~ política pública, sendo elas:

- O respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

- A promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- O combate a estigmas e preconceitos; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- A atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- O desenvolvimento de estratégias de redução de danos, dentre outros.

Além dos CAPS, o RAPS também é formado pelos seguintes pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residencial Terapêuticos (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC), Unidades de Pronto Atendimento (UA), SAMU, Hospitais Gerais e Centros de Convivência e Cultura.

A representação da loucura permanece na sociedade, principalmente nos sujeitos que vivenciaram a institucionalização e sofreram os horrores da alienação e da despersonalização, causadoras da exclusão e segregação social (Brunello, 1998). Entretanto, pessoas que não vivenciaram o processo de institucionalização, tendo apenas algum tipo de transtorno mental, também estão sujeitas à estigmatização, uma vez que os valores manicomiais e excludentes também as afetam (Nascimento; Leão, 2019).

Em uma pesquisa qualitativa realizada por Nascimento e Leão (2019), nota-se a persistência de estigmas internalizados inerentes à angústia, auto reprovação, baixa autoeficácia e autoestima, bem como a percepção de descrédito perante à

sociedade. Embora a proposta do CAPS seja a desinstitucionalização, os usuários do serviço ainda assim são alvos da estigmatização, como é possível ver em um relato na pesquisa: “E1: Pensam que eu sou doido. Nós somos, né? Quem ‘tá’ no abrigo, quem ‘tá’ no Caps é doido, entendeu? Então, essas coisas.” (Nascimento; Leão, 2019 p.109).

Portanto, compreende-se que a segunda metade do século XX deixou um legado profundamente paradoxal para a representação social da loucura. Por um lado, o paradigma psicofarmacológico ofereceu uma resposta biológica, concreta e massivamente difundida: a loucura como uma "doença do cérebro", um "desequilíbrio químico" a ser corrigido por medicamentos. Essa narrativa, embora buscasse reduzir a culpabilização ou a revitimização do paciente, acabou por reforçar um estigma de cronicidade, incapacidade e ~~de uma~~ alteridade biológica fundante, posicionando o sujeito como um paciente passivo diante de sua própria condição. Por outro lado, e em reação direta a esse modelo, a anti-psiquiátrica e a Luta Antimanicomial promoveram a mais radical politização da loucura, ressignificando-a através de questões inerentes à cidadania, aos direitos e à exclusão social, reconhecendo que o sujeito, ao se tornar cidadão legal, está amparado por direitos que o retiram da condição de vítima perante o sistema opressor.

A hipótese deste trabalho é a de que essas duas narrativas, a biomédica e a sociopolítica, não se anularam, mas passaram a coexistir no imaginário social. Elas formam o pano de fundo ambivalente sobre o qual a experiência contemporânea da esquizofrenia se desenrola. A tarefa que se impõe, e que será o objeto do capítulo final da dissertação, é analisar como o estigma atual é, na verdade, um palimpsesto, ou seja, as discussões de ordem histórica e bibliográfica não devem se esgotar

neste trabalho, mas permitir que novas pesquisas sejam desenvolvidas. Ele é a sobreposição de todas as camadas históricas aqui discutidas: o medo ancestral da exclusão, a autoridade do saber médico, a sentença de incurabilidade de Kraepelin, a esperança química dos psicofármacos e a utopia libertária da antipsiquiatria. Esse complexo e contraditório legado histórico se manifesta ainda hoje e pode, enfim, responder ao objetivo central desta pesquisa.

TÓPICO 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Marcos Históricos e Narrativas Culturais da Loucura

O primeiro objetivo específico deste trabalho consistiu em identificar marcos históricos e narrativas culturais que predominaram e moldaram as representações sociais da loucura e, posteriormente, da esquizofrenia em diferentes épocas. Tal investigação evidenciou que a compreensão do desvio comportamental operou através de mecanismos sucessivos de ancoragem e objetivação que se ajustavam aos paradigmas de controle em cada período histórico.

A análise indicou que a matriz espacial e simbólica da loucura foi herdada a partir da resposta social à endemia de lepra (Foucault, 2006) na Europa medieval. Com o declínio da hanseníase e o esvaziamento dos leprosários, o modelo de segregação física, outrora justificado a partir da doutrina cristã que tinha como medida a purificação e isolamento do contágio, foi transferido para populações marginalizadas, estavam inclusos os alienados. O distanciamento social, inicialmente focado em uma patologia cutânea, forneceu o molde infraestrutural para a rejeição da alteridade psíquica e/ou comportamental.

Na transição da Idade Média para o Renascimento, a narrativa cultural ancorou a loucura no discurso teológico e inquisitorial. O marco documental desse período é o *Malleus Maleficarum* (1486), que operou a objetivação do transtorno mental na figura da feitiçaria e do pacto demoníaco. O manual estabeleceu uma correlação direta entre sintomas psíquicos (como alucinações e delírios) e a influência diabólica, forjando um estereótipo de gênero que atrelava o desvio a uma suposta inferioridade intelectual e vulnerabilidade moral feminina. Tal identidade foi fundida à heresia, fundamentando a eliminação física a partir da profilaxia social.

A hegemonia teológica, contudo, apresentou algumas fissuras documentadas a partir da obra satírica de Erasmo de Roterdã em *Elogio da Loucura* (1509), onde era exposta a ambivalência da representação social do desvio ao argumentar que a suspensão do juízo racional possuía uma funcionalidade prática, operando como um mecanismo de adaptação e coesão nas relações humanas em contraste com a rigidez do saber puramente lógico. Paralelamente, o tratado médico *De Praestigiis Daemonum* (1563), de Johann Weyer, marcou a gênese da patologização da mente. Weyer deslocou a etiologia das supostas manifestações diabólicas da falha moral (o pacto intencional) para a deficiência orgânica, postulando que as acusadas eram vítimas de uma imaginação corrompida. Tal transição discursiva substituiria a figura do “herege perigoso” pela do “alienado iludido”.

A passagem do século XVII para o XIX assinalou a substituição da ordem punitivo-religiosa pela tutela médica, consolidada pelos trabalhos de Philippe Pinel e Jean-Étienne Esquirol. O paradigma do alienismo estabeleceu a narrativa do “tratamento moral”, que trocava as correntes físicas pela disciplina comportamental e pelo confinamento asilar regulamentado pelo Estado. A loucura foi formalmente inserida na nosografia médica, transformando-se em objeto de gestão hospitalocêntrica e convertendo o isolamento em terapêutica.

No fim do século XIX, a escola psiquiátrica alemã transformou a narrativa cultural sob o viés do positivismo. O modelo biomédico estruturou-se através da teoria da degenerescência de Bénédict Morel e culminou na sistematização de Emil Kraepelin, que isolou o pessimismo prognóstico, chancelando cientificamente o estereótipo da incapacidade cognitiva irreversível ao reduzir o sujeito a um portador de uma falha biológica hereditária.

No século XX, o paradigma psicofarmacológico, iniciado a partir da síntese da clorpromazina na década de 1950, introduziu a narrativa do “desequilíbrio químico”. A contenção química substituiu gradualmente as contenções físicas e as intervenções psicocirúrgicas. Embora essa narrativa propôs a redução da culpabilização do paciente, as pesquisas sociológicas contemporâneas apontam que a biologização da esquizofrenia cristalizou o neuroessencialismo, agravando o estigma ao sugerir a existência de uma natureza cerebral defeituosa e incurável (Haslam, 2011). Simultaneamente, o surgimento da antipsiquiatria e da Luta Antimanicomial estabeleceu uma narrativa de ruptura, politizando o sofrimento mental e exigindo a desinstitucionalização, o que evidencia a tensão atual entre a medicalização do comportamento e a garantia de direitos civis do sujeito.

4.2 O Papel das Instituições e do Conhecimento Científico na Perpetuação do Estigma

O segundo objetivo específico desta pesquisa se propôs a investigar o papel das instituições (religiosas, médicas e estatais) e do conhecimento científico na perpetuação e na ressignificação dos estereótipos e estigmas da loucura ao longo da história ocidental. As discussões revelaram que o estigma não é um fenômeno que emerge espontânea ou aleatoriamente do senso comum. Pelo contrário, ele é ativamente construído, validado e legitimado a partir de instâncias que detêm o poder para definir os limites entre a norma e o desvio.

A análise histórica indica que as instituições religiosas, sobretudo a Igreja na Idade Média, forneceram o primeiro modelo institucional e espacial de segregação. Através da gestão dos leprosários, Ela estruturou a exclusão física sob a justificativa de uma profilaxia e purificação espiritual. Quando a lepra entrou em declínio, o

mesmo maquinário de exclusão agora era reaproveitado para o abrigo de populações indesejáveis, incluindo os loucos. Além do isolamento físico, a religião produziu manuais de objetivação do desvio, a exemplo do *Malleus Maleficarum* (1486), que, sob a chancelaria papal, transformou a alteridade psíquica em heresia, justificando a eliminação violenta do indivíduo a partir deste poder.

Com a transição para a modernidade, o controle sobre a loucura foi transferido para as instituições estatais e, progressivamente, para a medicina. No século XIX, a psiquiatria nascente transformava a loucura de um problema moral e de ordem pública em um objeto estrito do saber médico. A instituição asilar foi erguida como o território exclusivo de intervenção. A formulação da Lei de 30 de junho de 1838, de autoria de Esquirol, na França, representa um marco da simbiose entre Estado e Medicina: a retirada da polícia e das famílias o poder de internar, exigindo um atestado médico para a segregação. Com esse movimento, a psiquiatria adquiriu sua base legal, afirmando-se como um aparelho indispensável do poder estatal. O julgamento teológico foi substituído, definitivamente, pelo diagnóstico clínico.

Com essas mudanças, o conhecimento científico ganhou notoriedade nos meios sociais e, além de ser uma ferramenta descritiva, contribuiu para a ressignificação dos estigmas. Com a ascensão da psiquiatria biológica alemã e o paradigma organicista, sustentados por Bayle e Griesinger, a loucura perdeu sua aura de abstração filosófica ou “paixão desregrada” para se tornar uma lesão no cérebro. Bénédict Morel, com sua teoria da degenerescência, e Cesare Lombroso, na antropologia criminal, utilizaram a roupagem da hereditariedade biológica para criar uma classe de “indesejáveis”, cujo fatalismo genético legitimava a exclusão social. Kraepelin trouxe cores para essa estrutura ao definir a *dementia praecox* pelo

seu prognóstico de irrefreável declínio. A ciência forneceu, assim, uma roupagem de neutralidade técnica para o preconceito, gravando no indivíduo uma sentença de incurabilidade que cimentou o estigma da incapacidade e da periculosidade.

No século XX, o Estado moderno e o saber científico continuaram a produção de estigmas, mas com novas metodologias. A consolidação de gigantescos hospitais psiquiátricos gerou a “Indústria da Loucura”, um modelo que mercantilizou a doença e naturalizou a violência, o sucateamento e a exclusão sistêmica do sujeito. Ao passo em que o advento da psicofarmacologia transferia as barreiras físicas asilares e as levava para o interior do paciente. Embora tal intervenção tivesse uma intenção de combate ao estigma moral, a medicalização reforçou o essencialismo biológico, acentuando o distanciamento social a partir do convencimento ao senso comum de que o portador do transtorno é um ser permanentemente defeituoso e imprevisível (Pescosolido, 2010; 2013).

Nota-se, portanto, que o saber científico e as instituições atuaram historicamente de modo intrincado, fornecendo justificativas adaptáveis, desde a fé teológica ao determinismo genético, para o mesmo fim prático: a gerência da angústia da sociedade diante da diferença, ratificando a exclusão social de indivíduos marcados pelo transtorno mental com o selo da autoridade intelectual e estatal.

4.3 A Manifestação Contemporânea do Estigma e o Impacto Psicossocial na Esquizofrenia

O terceiro objetivo específico desta pesquisa visou discutir as formas pelas quais os estereótipos e estigma históricos da loucura se manifestam na experiência atual de indivíduos com esquizofrenia, impactando na sua qualidade de vida e na

sua inserção social. A análise do material demonstrou que o estigma contemporâneo opera como um palimpsesto, no qual as raízes da exclusão medieval e do determinismo biológico do século XIX coexistem com a roupagem da medicalização moderna.

Na esfera pública, as representações sociais da esquizofrenia continuam majoritariamente ancoradas nas noções de periculosidade e imprevisibilidade. Levantamentos sobre a mídia brasileira (Garcia, 2013) e percepções populacionais (Peluso; Blay, 2011) atestam que a narrativa midiática associa esse transtorno mental frequentemente a crimes e à incapacidade de distinguir o real do imaginário, justificando o isolamento e o temor social.

O estigma transita não apenas no estrato leigo, mas impregna a própria práxis de profissionais de saúde mental. Os dados de Loch (2013) revelam que psiquiatras endossam estereótipos de inadequação comportamental, classificando o paciente como “esquisito” e “sem higiene” em taxas superiores àquelas da população geral, além de apoiarem de forma quase unânime a internação voluntária. A sociedade civil, em contrapartida, exerce o estigma através da restrição de direitos políticos e civis, com parcela significativa da amostra leiga defendendo a cassação do direito ao voto para pessoas com esquizofrenia.

O peso dessas representações públicas depreciativas é absorvido pelo sujeito através do estigma percebido e do autoestigma (Corrigan; Watson, 2006). A consciência de ser lido pela sociedade como incapaz ou perigoso afeta a autoestima e a autoeficácia do indivíduo, culminando no fenômeno do “por que tentar?” *(why try).* Discursos coletados em estudos qualitativos (Méndez, 2024) atestam que a internalização da identidade deteriorada paralisa o desenvolvimento pessoal,

gerando uma percepção crônica de falha e a perda de papéis sociais fundamentais. O indivíduo associa a explicação biologicista da sua condição com um pessimismo prognóstico, minando a esperança em uma reabilitação psicossocial.

O impacto material dessa dinâmica traduz-se na exclusão ocupacional e desassistência crônica. A antecipação do preconceito afasta o sujeito dos serviços de saúde, elevando as taxas de abandono terapêutico (Corrigan; Kleinlein, 2005). No âmbito produtivo, o histórico de internações psiquiátricas e o diagnóstico psicótico reduzem drasticamente as chances de inserção em empregos formais (Assunção; Lima; Guimarães, 2017). A inserção social é inviabilizada tanto pelas barreiras atitudinais de empregadores quanto pelo enfraquecimento das competências sociocognitivas induzidas pelo isolamento prolongado.

Constata-se que a experiência contemporânea da esquizofrenia permanece atravessada por marcadores históricos de exclusão, que impactam diretamente as esferas física, psíquica e social do indivíduo. A herança da marginalização da loucura é cristalizada no presente a partir da limitação sistemática da cidadania e na deterioração da qualidade de vida destes sujeitos.

4.4 A (Re)significação do Estigma

O objetivo geral desta dissertação consistiu em investigar a evolução histórica dos estereótipos e estigmas da loucura, demonstrando sua persistência e (re)significação nas representações sociais contemporâneas. O percurso teórico e documental empreendido aponta que o estigma associado à esquizofrenia, herdado do legado da loucura, não sofreu uma erradicação com o avanço da ciência, mas uma sofisticada transmutação discursiva.

A pesquisa demonstrou que a representação social da loucura opera enquanto um palimpsesto histórico. A sociedade ocidental precisou continuamente domesticar o desconhecido para torná-lo familiar e controlável. Para isso, o núcleo da exclusão (calcado no medo, na percepção de periculosidade e na necessidade de segregação) manteve-se inalterado, a justificativa de exclusão, por outro lado, foi iterativamente reescrita. A marcação do indivíduo transitou do medo do contágio físico herdado da lepra para a abominação teológica da feitiçaria, acarretando na falha moral do alienismo e, por fim, cristalizando-se (no momento) na incurabilidade orgânica e no “desequilíbrio químico” ditados pela psiquiatria biológica e pela psicofarmacologia.

Conclui-se, que a exclusão e inferiorização da alteridade não é um resquício de ignorância do passado, mas um mecanismo estrutural de categorização social com uma constante atualização. O estigma persiste na contemporaneidade porque a terminologia biomédica forneceu uma nova e incontestável validação para antigas práticas de distanciamento, convertendo a exclusão moral de outrora em um determinismo científico.

4.5 Limitações do Estudo e Encaminhamentos Futuros

O delineamento metodológico adotado impõe restrições interpretativas inerentes à natureza de uma pesquisa qualitativa, exploratória e de revisão bibliográfica e documental. A principal limitação reside na ausência de coleta de dados empíricos primários. A aferição das representações sociais, dos estereótipos e dos estigmas baseou-se em literaturas e levantamento bibliográfico, não havendo a aplicação de instrumentos ou entrevistas diretas com usuários, familiares e profissionais que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Consequentemente, o estudo não mensura como o neuroessencialismo e as narrativas biogenéticas impactam no cotidiano assistencial no contexto específico da saúde pública local.

Uma segunda limitação encontra-se no viés eurocêntrico da historiografia clássica mobilizada para traçar a evolução da loucura. A transposição direta de marcos históricos europeus (como a criação de hospitais e leis) para a compreensão do estigma na contemporaneidade brasileira requer certa cautela. A realidade da inserção de pessoas com esquizofrenia nos serviços substitutivos do Sistema Único de Saúde é atravessada por marcadores interseccionais, tais como raça, vulnerabilidade econômica, desigualdade de classe e disparidade regional estrutural. Tais determinantes modulam a experiência do transtorno mental de forma que a matriz teórica europeia não alcança sua totalidade.

Por fim, o recorte documental privilegia textos hegemônicos, médicos e institucionais, oferece um prisma das instâncias de poder, mas pode tangenciar ou silenciar narrativas de resistência e a pluralidade de vozes dos próprios sujeitos estigmatizados ao longo da história. Importante destacar que, ainda que priorizando textos e narrativas hegemônicas dos grupos consolidados com o poder, o resultado confirma a hipótese geral, de permanência da estigmatização e da exclusão dos diagnosticados com esquizofrenia.

Diante de tais limitações, aponta-se a necessidade de que futuras investigações avancem para um campo empírico. Sugere-se o desenvolvimento de pesquisas dentro dos dispositivos da RAPS que investiguem materialmente como a população usuária e as equipes técnicas compreendem a esquizofrenia atualmente, avaliando se a alfabetização psiquiátrica moderna atua, na prática clínica, como

vetor de empoderamento ou como nova ferramenta de assujeitamento e autoestigma.

REFERÊNCIAS

ACKERKNECHT, E. H. *A Short History of Psychiatry*. New York: Hafner Publishing Company, 1968.

ADORNO, T. W. O ensaio como forma. In: ADORNO, T. W. Notas de literatura I. Tradução de Jorge de Almeida. São Paulo: Duas Cidades; Editora 34, 2003. p. 15-45.

ALBOU, P. *Esquirol et la démence*. Disponível em: <https://numerabilis.u-paris.fr/ressources/pdf/sfhm/hsm/HSMx2012x046x001/HSMx2012x046x001x0045.pdf>.

ALLPORT, G. W. *The Nature of Prejudice*. [s.l.] Addison-Wesley, 1954.

ALVES, C. R. R.; SILVA, M. T. A. A esquizofrenia e seu tratamento farmacológico. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 18, n. 1, p. 12–22, abr. 2001.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANG, B.; HOROWITZ, M.; MONCRIEFF, J. Is the chemical imbalance an “urban legend”? An exploration of the status of the serotonin theory of depression in the academic literature. *SSM - Mental Health*, v. 2, n. 2, p. 100098, 18 abr. 2022.

ANGERMEYER, M. C.; MATSCHINGER, H. The Stereotype of Schizophrenia and Its Impact on Discrimination Against People With Schizophrenia: Results From a Representative Survey in Germany. *Schizophrenia Bulletin*, v. 30, n. 4, p. 1049–1061, 1 jan. 2004.´

ASSUNÇÃO, A. Á.; LIMA, E. DE P.; GUIMARÃES, M. D. C. Transtornos mentais e inserção no mercado de trabalho no Brasil: um estudo multicêntrico nacional. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 3, 2017.

BALTASAR, C. G. A.; PEREIRA, N. P. C.; SOUZA, G. L. DE A. O impacto da exclusão social para os pacientes portadores de esquizofrenia. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 12, p. 99162–99172, 2020.

BARAN, B. et al. O advento do tratamento psiquiátrico moderno: a terapia convulsiva de László Meduna. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), v. 35, n. 4, p. 165–169, 2008.

BENNETT, B. H.; PARKER, D. L.; ROBSON, M. Leprosy: Steps Along the Journey of Eradication. *Public Health Reports*, v. 123, n. 2, p. 198–205, Mar. 2008.

BERCHERIE, P. *Os fundamentos da clínica*. [s.l.] Zahar, 1989.

BERRIOS, G. E. *The history of mental symptoms*: Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

BLEULER, E. *Dementia Praecox Or The Group of Schizophrenias*. [s.l.] International University Press, 1950.

BRASIL. L10216. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>.

BRUNELLO, M. I. B. Loucura: um processo de desconstrução da existência. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 14-19, 1998. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.rto.1998.224824.

BRUNELLI, A. F. Estereótipos e desigualdades sociais: contribuições da psicologia social à análise do discurso. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, v. 58, n. 1, p. 25–43, 2016.

CARVALHO, C. M. S. DE. Vivências de familiares da pessoa com esquizofrenia. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.*, v. 3, p. 125–131, 2017.

CAMPOS, L. A. M. et al. O que são estereótipos. *Ciência Atual – Revista Científica Multidisciplinar do Centro Universitário São José*, v. 17, n. 2, 24 set. 2021.

CARDOSO, C. S. et al. Depressão na esquizofrenia: prevalência e relação com a qualidade de vida. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 9, p. 2035–2048, set. 2007.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica*: A idade de Ouro do Alienismo. [s.l.] Graal, 1978.

COOPER, D. *La muerte de la familia*. Obras Maestras del Pensamiento Contemporáneo ed. México: Planeta, 1986. v. 47

CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C. The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, v. 9, n. 1, p. 35–53, 11 maio 2002.

CORRIGAN, P. W.; LARSON, J. E.; RUSCH, N. Self-stigma and the “why Try” effect: Impact on Life Goals and Evidence-based Practices. *World Psychiatry*, v. 8, n. 2, p. 75–81, June 2009.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

EIDT, L. M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 2, p. 76–88, ago. 2004.

ENGSTROM, E. J. Clinical Psychiatry in Imperial Germany. [s.l.] C*ornell University Press*, 2018.

FEITOZA, A. Á. P. *Alterações metabólicas e composição corporal na esquizofrenia responsiva ao tratamento e resistente em uso de Clozapina: um estudo transversal utilizando ressonância magnética*. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará: [s.n.].

FILHO, C. B. R. Os pobres na idade média: de minoria funcional a excluídos do paraíso. *Revista Ciências Humanas*, *[S. l.]*, v. 2, n. 1, 2009.<https://www.rchunitau.com.br/index.php/rch/article/view/211>.

FISKE, S. T.; TAYLOR, S. E. *Social Cognition*. [s.l.] SAGE, 2013.

FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, M. *O Poder Psiquiátrico: curso no Collège de France* (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GARCIA, C. C. Entre ciência e representações: a esquizofrenia e seus personagens nas páginas da Folha de S. Paulo. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, v. 6, n. 0, 2013.

GAUCHET, M; SWAIN, G. *La pratique de l'esprit: L'institution asilaire et la révolution démocratique.* Paris: Gallimard, 1980.

GIACON, B. C. C.; GALERA, S. A. F. Ajustamento familiar após o surgimento da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, p. 321–326, 1 jun. 2013.

GOFFMAN, E. *Estigma : notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.* Rio De Janeiro, Rj: Ltc, 1988.

GOLDMAN, H. H.; GROB, G. N. Defining “Mental Illness” In Mental Health Policy. *Health Affairs*, v. 25, n. 3, p. 737–749, maio 2006.

GOLDSTEIN, Jan. *Console and classify*: the french psychiatric profession in the nineteenth century. Chicago: University of Chicago Press, 2001.

GOMES, A. L. C. “*A Reforma Psiquiátrica no contexto do Movimento de Luta Antimanicomial em João Pessoa -PB*” por. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/13806/ve_Anna_Luiza_Gomes_ENSP_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 out. 2025.

GREEN, M. F.; HORAN, W. P.; LEE, J. *Social cognition in schizophrenia*. Nature Reviews Neuroscience, v. 16, n. 10, p. 620–631, 1 out. 2015.

GREGÓRIO, V. do N. E*studo da hanseníase em uma unidade de saúde do Recife*. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/1999gregorio-vrn.pdf>. Acesso em: 10 out. 2025.

HARRÉ, J. R., Niki. The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of “mental patients”. *Journal of Mental Health*, v. 10, n. 2, p. 223–235, jan. 2001.

HARRIS, Ruth. *Murders and madness*: medicine, law, and society in the fin de siècle. Oxford: Oxford University Press, 1989.

HEALY, D. T*he creation of psychopharmacology*. Cambridge, Mass. ; London: Harvard University Press, 2004.

HOENIG, J. *The Concept of Schizophrenia Kraepelin-Bleuler-Schneider*. Brit. J. Psychiat. (1983), 142, 547-556, 1983.

HOFF, P. The Kraepelinian tradition. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, v. 17, n. 1, p. 31–41, mar. 2015.

HOR, K.; TAYLOR, M. Review: Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology*, v. 24, n. 4_suppl, p. 81–90, 5 out. 2010.

JABLENSKY, A.; KIRKBRIDE, J. B.; JONES, P. B. Schizophrenia: The Epidemiological Horizon. *Schizophrenia*, p. 185–225, 8 mar. 2011.

JODELET, D. *Folies et représentations sociales*. Paris: Presses Univ. De France, 2004.

JÚNIOR, A. S. R. Impactos da Lei Antimanicomial às Medidas de Segurança. *Enciclopédia Jurídica da PUCSP*. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbetes/impactos-da-lei-antimanicomial-as-medidas-de-seguranca/>.

KARLOVIĆ, D. Eighty Years of Electroconvulsive Therapy in Croatia and in Sestre Milosrdnice. University Hospital Centre. *Acta Clinica Croatica*, 2020.

KENDLER, K. S. Philippe Pinel and the foundations of modern psychiatric nosology. *Psychological Medicine*, v. 50, n. 16, p. 2667-2672, 20 nov. 2020.

KRAEPELIN, E. *Dementia Praecox and Paraphrenia*. [s.l.] Bloomsbury Continuum, 2002.

KRAMER, H; SPRENGER, J. *Malleus Maleficarum:* O Martelo das Bruxas. Tradução de Alex H.S. Brasil: [s.n.], 2007.

LAMB, H. R.; BACHRACH, L. L. Some Perspectives on Deinstitutionalization. *Psychiatric Services*, v. 52, n. 8, p. 1039–1045, 1 ago. 2001.

LICKEY, M. E.; GORDON, B. *Medicine and Mental Illness* : the Use of Drugs in Psychiatry. New York: Freeman & Co, 1991.

LOCH, A. A. *Estereótipos e crenças relacionadas à esquizofrenia: um levantamento comparativo entre profissionais de saúde mental e a população geral do Brasil*. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2013.

LÓPEZ-MUÑOZ, F. et al. History of the discovery and clinical introduction of chlorpromazine. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, v. 17, n. 3, p. 113–135, 1 jul. 2005.

LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 399–407, abr. 2007.

Manifesto de Bauru. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>.

MEDICI, C. R. et al. Quality of life and clinical characteristics in a nonselected sample of patients with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, v. 62, n. 1, p. 12–20, 18 maio 2015.

MENEGATTI, R. et al. Esquizofrenia: quarenta anos da hipótese dopaminérgica sob a ótica da Química Medicinal. *Química Nova*, v. 27, n. 3, p. 447–455, jun. 2004.

MILLAN, M. J. *et al.* Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy. *Nature Reviews Drug Discovery*, v. 11, n. 2, p. 141–168, Feb. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Dia Nacional da Pessoa com Esquizofrenia*: cercada de tabus, doença tem tratamento no SUS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/maio/dia-nacional-da-pessoa-com-esquizofrenia-cercada-de-tabus-doenca-tem-tratamento-no-sus>.

MONCRIEFF, J. *The Myth Of The Chemical Cure* . [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://cdn.bookey.app/files/pdf/book/en/the-myth-of-the-chemical-cure.pdf>.

MONTEIRO, S.; VILLELA, W. *Estigma e saúde*. Tradução . Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. p. 207

MORA, G. On the Bicentenary of the Birth of Esquirol (1772-1840), the First Complete Psychiatrist. *American Journal of Psychiatry*, v. 129, n. 5, p. 562–567, nov. 1972.

NASCIMENTO, L. A. DO; LEÃO, A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. História, Ciências, *Saúde-Manguinhos*, v. 26, n. 1, p. 103–121, mar. 2019.

OLIVARES, J. M. et al. Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia: a systematic literature review. *Annals of General Psychiatry*, v. 12, n. 1, p. 32, 2013.

OLIVEIRA, W. V. DE. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. História, Ciências, *Saúde-Manguinhos*, v. 18, n. 1, p. 141–154, mar. 2011.

OPROMOLLA, D. V. A. *Noções de hansenologia.* Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 1981.

PELUSO, É. T. P.; BLAY, S. L. Public stigma and schizophrenia in São Paulo city. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 33, p. 130–136, 1 Junho 2011.

PEIXOTO, A. A. loucura maníaco-depressiva. Hist. cienc. *Saúde-Manguinhos*, v. 17, n. suppl 2, p. 562–571, 1 dez. 2010.

PEREIRA, M. E. *Estereótipos*. [S. l.]: Edição do Autor, 2021. *E-book*.

PEREIRA, M. E. C. Bénédict-Augustin Morel e as origens da teoria da degenerescência na psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 488-493, set. 2008.

PEREIRA, M. E. C. Pinel — a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 7, n. 3, p. 113–116, set. 2004.

PERITOGIANNIS, V.; NINOU, A.; SAMAKOURI, M. Mortality in Schizophrenia-Spectrum Disorders: Recent Advances in Understanding and Management. *Healthcare*, v. 10, n. 12, p. 2366, 25 nov. 2022.

PETTIGREW, T. F.; TROPP, L. R. A Meta-Analytic Test of Intergroup Contact Theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 90, n. 5, p. 751–783, 2006.

PHELAN, J. C.; CRUZ-ROJAS, R.; REIFF, M. Genes and Stigma: The Connection Between Perceived Genetic Etiology and Attitudes and Beliefs About Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, v. 6, n. 2, p. 159–185, set. 2002.

PICCININI, W. J. Psiquiatria Forense no Brasil a partir das suas publicações (I). *Psychiatry on Line Brazil*, v. 7, n. 5, maio 2002. Disponível em: https://www.polbr.med.br/ano02/wal0502.php. Acesso em: 11 ago. 2026.

PICK, Daniel. *Faces of Degeneration*: A European Disorder, c. 1848–c. 1918. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.

PINTO, P. G. H. DA R. O estigma do pecado: a lepra durante a Idade Média. *Physis*, v. 5, n. 1, p. 131–144, 1 jan. 1995.

POSTEL, J.; QUÉTEL, C. (coord.). *Nueva historia de la psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica, 2000. 783 p.

PROVIDELLO, G. G. D.; YASUI, S. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. História, Ciências, *Saúde-Manguinhos*, v. 20, n. 4, p. 1515–1529, dez. 2013.

RECH, M. M.; LOPES, M. H. I. Jean-Étienne Esquirol: A Vida E A Batalha Do Alienista Contra O Status Quo Da Loucura. *Jornal Brasileiro de História da Medicina*, v. 19, n. 1, p. 35, 28 dez. 2019.

ROTTERDAM, E. de. *Elogio da Loucura*. Tradução de Paulo M. Oliveira. São Paulo: eBooksBrasil, 2002. Disponível em: http://www.ebooksbrasil.org/eLibris/elogiodaloucura.html. Acesso em: 11 ago. 2026.

SANTOS, É. K. S.; CERQUEIRA-SANTOS, E. A influência dos estereótipos de gênero no julgamento de profissões. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, v. 1, p. 65–77, Junho 2022.

SANTOS, I.J. *Ameaça do estereótipo em jovens negros na escolha profissional*. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2018.

SCHERBAUM, N. Psychiatrie und Psychoanalyse - Eugen Bleulers ,,Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien" (1911). *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie,* v. 60, n. 08, p. 289–295, ago. 1992.

SCHMIDT, M. L.; MAHFOUD, M. Halbwachs: memória coletiva e experiência. *Psicologia USP*, v. 4, n. 1-2, p. 285–298, 1993.

SERGE MOSCOVICI. *Representações sociais* : investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2009.

SHORTER, E. *A History of Psychiatry:* From the Era of the Asylum to the Age of Prozac. New York: John Wiley & Sons, 1997.

SILVA, R. C. B. DA. Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*, v. 17, n. 4, p. 263–285, 2006.

SILVEIRA, R. D. Psicanálise e psiquiatria nos inícios do século XX: a apropriação do conceito de esquizofrenia no trabalho de Hermelino Lopes Rodrigues. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 12, n. 3, p. 582–596, set. 2009.

SILVERSTEIN, S. M.; KEANE, B. P. Vision Science and Schizophrenia Research: Toward a Re-view of the Disorder Editors' Introduction to Special Section. *Schizophrenia Bulletin*, v. 37, n. 4, p. 681–689, 22 jun. 2011.

TAJFEL, H. Social Psychology of Intergroup Relations. *Annual Review of Psychology*, v. 33, n. 1, p. 1–39, jan. 1982.

TAN, S. Y.; YIP, A. António Egas Moniz (1874–1955): Lobotomy pioneer and Nobel laureate. *Singapore Medical Journal*, v. 55, n. 4, abr. 2014.

TESFAW, G.; KIBRU, B.; AYANO, G. Prevalence and Factors Associated with Higher Levels of Perceived Stigma among People with Schizophrenia Addis Ababa, Ethiopia. *International Journal of Mental Health Systems*, v. 14, n. 1, 13 Mar. 2020.

TOSTES, J. G. et al. Esquizofrenia e Cognição. Revista Psicologia em Pesquisa, v. 14, n. 4, p. 102–119, 24 out. 2020.

TRAUTMAN, J. R. A brief history of Hansen's disease. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, v. 60, n. 7, p. 689, set. 1984.

TSUANG, M. T.; STONE, W. S.; FARAONE, S. V. Toward Reformulating the Diagnosis of Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, v. 157, n. 7, p. 1041–1050, jul. 2000.

VIEIRA, R. DE S. S.; LIMA, M. E. O. Estereótipos sobre os idosos: dissociação entre pessoas e equipes. *Temas Psicológicos*, v. 4, p. 947–958, Dec. 2015.

VILLARES, C. C.; SARTORIUS, N. Challenging the stigma of schizophrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 25, n. 1, p. 1–2, Mar. 2003.

WELLINGTON, A. Dr Manfred J. Sakel: discoverer of insulin shock therapy – psychiatry in history. *The British Journal of Psychiatry*, v. 221, n. 5, p. 682–682, 24 out. 2022.

WEYER, J. *De praestigiis daemonum, et incantationibus ac veneficiis, Libri V*. Basileae: Per Ioannem Oporinum, 1564.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Schizophrenia*. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.

ZANETTI, A. C. G. et al. Emoção expressa de familiares e recaídas psiquiátricas de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 52, n. 0, 24 maio 2018.