HISTÓRIA DA LOUCURA E SUAS INTERFACES: EVOLUÇÃO DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Geovanna Souza Ferreira¹
Priscila Gomes Fogaça²
Prof. Me. Renan Santiago Pereira³
Profa. Dra. Thais Caroline Attaide Lacerda⁴

RESUMO: O presente artigo tem como tema o percurso da história da loucura, bem como o histórico da saúde mental no Brasil e a evolução das formas de tratamento ao longo do tempo. O objetivo principal é analisar as transformações nos modelos de cuidado em saúde mental, desde a marginalização e o isolamento nos períodos iniciais até a implementação da Reforma Psiquiátrica e o desenvolvimento de práticas centradas na reintegração social. Trata-se de uma pesquisa de natureza bibliográfica, baseada na revisão de artigos científicos, livros e documentos históricos, com ênfase em fontes acadêmicas confiáveis, como *Scielo* e *Google Scholar*. A metodologia empregada permite identificar os principais marcos históricos, bem como as mudanças nas concepções sociais e científicas sobre o tema. Os resultados esperados incluem uma compreensão ampla das trajetórias da saúde mental no Brasil, evidenciando os avanços alcançados e os desafios ainda existentes no contexto atual.

Palavras-chaves: história da loucura; hospitais psiquiátricos; saúde mental.

1 INTRODUÇÃO

Em 1841, houve um Decreto (nº 82/1841), que foi consumado para que se fundasse no Rio de Janeiro, em 1852, o Hospício Dom Pedro II, o qual, mais tarde, passou a ser chamado de “Hospício Nacional de Alienados” (Guimarães *et al.*, 2013) – dando início a uma história com diversos desdobramentos que compõe a subjetividade humana em seu ápice de categorização da anormalidade e da desordem.

O foco de atenção não era a pessoa, e sim a doença, carregando-se, portanto, uma marginalização dos sujeitos portadores de transtornos mentais, sendo assim privados de autonomia. Posto isto, os sintomas das então “desordens psíquicas” deveriam ser eliminadas pela instituição hospitalar (Guimarães *et al.*, 2013).

Em vista disso, se faz relevante compreendermos sobre as funções dos manicômios, bem como, os desdobramentos da história da loucura, tendo como importância, como estes “loucos” eram recolhidos da sociedade – provocando-se assim, uma higienização proposital – pois, a “incapacidade” e “improdutividade” deste sujeito não era aceita, nem tanto, compreendida (Figueirêdo; Delevati; Tavares, 2014).

Este tratado acadêmico se justifica a partir da importância e relevância sobre o tema abordado, o qual contribui-se para uma visão mais ampla a respeito das justificativas que levaram à modificação das formas de tratamento utilizadas em épocas anteriores aqui mencionadas, que visavam a padronização da humanidade.

O impacto deste estudo se dá no conhecimento e na trajetória da história da loucura, que perpassou, e ainda perpassa, por comportamentos enraizados dentro da cultura social, inteiramente relacionados com a

1 Autora: Graduanda em Psicologia pela Faculdade Católica Paulista (FACAP). E-mail: geovannasouza0712@gmail.com.

2 Autora: Graduanda em Psicologia pela Faculdade Católica Paulista (FACAP). E-mail: priscila.fogaca1982@gmail.com.

3 Orientador: Docente da Faculdade Católica Paulista (FACAP). Mestre em Interações Estruturais e Funcionais na Reabilitação. E-mail: renan.santiago@uca.edu.br.

4 Coorientadora: Docente da Faculdade Católica Paulista (UCA). Doutora em Ciências pela Universidade Estadual Paulista – Júlio de Mesquita Filho. Mestre em Ciências Sociais pela Universidade Estadual Paulista – Júlio de Mesquita Filho. E-mail: thais.lacerda@uca.edu.br.

loucura e os padrões ditados desde o início deste fato histórico. Se faz necessário que se obtenha a compreensão do assunto aqui pautado, para que determinadas ações e costumes não sejam jamais colocadas em prática novamente.

2 SAÚDE MENTAL NO BRASIL: HISTÓRIA E EVOLUÇÃO

No Brasil, a história da saúde mental é marcada por diversos desdobramentos, desde a concepção sobre a loucura, até a criação de políticas públicas para portadores de transtornos mentais. Sendo assim, as obtenções da dignidade de alguns sujeitos passaram despercebidos por muitos anos, e será retratado no presente artigo, mencionando as mudanças e evoluções que foram sendo constatadas ao longo da história.

2.1 Breve histórico da loucura

A loucura passa por diversas transformações ao longo da história da humanidade. Transformações estas, inclusive, que trazem – até hoje – um grande impacto social dentro do contexto ao qual vivemos atualmente.

Perante a sociedade, os indivíduos diagnosticados – ou não – com patologias (sendo estas psicológicas ou não) eram vistos pelos olhares das morais impostas na época. Ou seja, os valores e crenças eram inteiramente predominantes e influenciavam de maneira totalmente direta no olhar de uns para com os outros (Vasconcelos *et al.*, 2010).

Houve diversos períodos marcantes dentro da história da loucura, fatos estes que serão mencionados. Podemos iniciar com a época de 600 a.C, onde os adoecidos passaram a ser analisados/avaliados através da visão organicista, ou seja, como Tsu e Tofolo (1990) nos trazem, a subjetividade do indivíduo era completamente desconsiderada, bem como, o contexto social ao qual o mesmo se encontrava inserido.

Por sua vez, na Antiguidade, a definição de saúde estava inteiramente enraizada à religião e ao trabalho. Ou seja, a loucura provinha de raízes sobrenaturais, o que era, por vezes, atribuído aos sacerdotes para que “curassem” estes indivíduos, buscando reestruturar o que havia cindido no sujeito (Vasconcelos *et al.*, 2010).

Por fim, ao final da Idade Média, a doença mental passa a ser visualizada como possessão de demônios, sendo, portanto, os tratamentos voltados à “espancamentos, privação de alimentos, tortura generalizada e indiscriminada e aprisionamentos” (Holmes, 2001 *apud* Vasconcelos *et al.*, 2010, p. 55).

Sendo assim, no século XVII, deu-se início ao confinamento daqueles indesejados da sociedade, pois divergiam das normas da mesma, sendo caracterizada, portanto, como uma medida de exclusão social, em que toda a “escória” daquele meio social passaram a ser internados contra as suas vontades (Vasconcelos *et al.*, 2010).

No Brasil, a loucura passou a ser realmente intervenção do Estado com a vinda da Família Real Portuguesa, no século XIX, como a autora Fonte (2012) nos traz. É lançada, portanto, uma palavra de ordem que mudaria toda a história da humanidade brasileira: “Aos loucos, o hospício” (Fonte, 2012, n. p.).

Sendo assim, dentre tantos nomes que foram dados às instituições que encarceraram os indivíduos, podemos mencionar: Hospital Psiquiátrico, Asilos, Manicômios, Casa de Loucos, Hospício e tantos outros, como nos informa Rocha (2017). Fazendo jus aos substantivos aqui mencionados, o Hospital D. Pedro II foi criado, sendo inspirado pela França em seu modelo asilar (Fonte, 2012).

De acordo com Machado (1978, p. 431), o isolamento foi uma “característica básica do regime médico e policial do Hospício Pedro II” e era o próprio hospício, concebido como o lugar do exercício da ação terapêutica, que deveria realizar a transformação do alienado. Nesse primeiro momento, o isolamento em relação à família é prioritário e indispensável apenas para um tipo específico de louco: o caso do louco que vaga pela rua, pois a família pobre não tem possibilidade alguma de garantir a segurança e o tratamento. Para famílias ricas, que quisessem manter junto dela o alienado, o internamento não deveria ser imposto, pois, ainda que com limitações, acreditava-se que ela poderia reproduzir um hospício no interior de sua ampla residência (Machado, 1978, p. 431 *apud* Fonte, 2012, n.p.).

No ano de 1890, o Hospício D. Pedro II é desvinculado das Santas Casas de Misericórdia, e a loucura passa a um outro nível de compreensão: a medicalização começa a se fazer presente no tratamento dos internos, porém, a exclusão da vida em sociedade ainda foi sendo realizada. O objetivo era esconder este indivíduo dos olhos – já julgadores – da sociedade (Fonte, 2012).

Já na década de 1920, no século XX, uma nova frase foi colocada em prioridade: “Controlar, tratar e curar” (Fonte, 2012, p. 3). Daniela Arbex (2013, p.13), autora de um dos maiores livros brasileiros “Holocausto Brasileiro”, relata que se tratava de “um não ser”, pois, seres humanos eram simplesmente enclausurados pelos motivos mais banais e esdrúxulos existentes: “Eram internados desocupados, prostitutas, ladrões, vagabundos e leprosos [...] Tratava-se de um lugar de exclusão social” (Rocha, 2017, p. 10-11). Era uma barbárie sem fim!

Arbex (2013, p. 13-14) vai ainda mais à fundo:

Pela narrativa, eles retornam, como Maria de Jesus, internada porque se sentia triste, Antônio da Silva, porque era epilético. Ou ainda Antônio Gomes da Silva, sem diagnóstico, que ficou vinte e um dos trinta e quatro anos de internação mudo porque ninguém se lembrou de perguntar se ele falava. [...] Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças.

A autora relata as barbaridades ocorridas no Hospital Colônia de Barbacena, porém, o cenário se repetia em diversos hospitais psiquiátricos do Brasil todo, e como consequência, os sujeitos estavam destinados à morte! No hospital mencionado, morreram 60.000 pessoas, como nos traz Peron (2013). Ou seja, trata-se de uma enorme catástrofe brasileira que se tornou história, para que não repetíssemos os mesmos atos de nossos antepassados.

2.1 Instrumentação histórica no contexto do tratamento em saúde mental no Brasil

De início, é importante ponderar que, dentro das instituições psiquiátricas não existia nenhum tipo de troca entre os enfermeiros/médicos e os internos, como: afetividade, acolhimento, comunicação, dentre diversos outros (Guimarães *et al.*, 2013). Ou seja, a presença deste comportamento – ou a **falta** dele – refletia diretamente nos instrumentos utilizados para com os sujeitos que estavam presos dentro das instituições.

1) Medicamentos

Até 1960, os fármacos eram poucos para o tratamento em saúde mental, e os que existiam não obtinham eficácia em relação aos sintomas, ou seja, não se tratava do que era necessário. Sendo assim, havia um abuso em relação aos medicamentos que eram associados a outros tipos de tratamentos (Guimarães *et al.*, 2013). Portanto, a assistência ao doente mental baseava-se na internação e medicalização em grande parte dos casos (Colvero; Ide; Rolim, 2004 *apud* Batista, 2020).

Podemos citar como exemplo o filme “Bicho de Sete Cabeças” (2000), com direção de Laís Bodanzky (1969). O personagem principal é internado em um Hospital Psiquiátrico por uso de maconha, e uma das primeiras alternativas que os enfermeiros da instituição utilizam é a medicalização exacerbada para com o protagonista, o medicando todos os dias, sem ao menos realizar uma avaliação e/ou anamnese para avaliar o quadro.

2) Choque cardiazólico

Este tratamento era administrado por via endovenosa, sendo uma ampola de 1ml, agindo, assim, de maneira extremamente rápida, ao que dava, por consequência, muito resultado, acalmando os pacientes mais “agitados”, surtindo o mesmo efeito do eletrochoque (Guimarães *et al.*, 2013).

Foi um tratamento criado por Ladislau Von Meduna (1896-1964), com o objetivo de “abrir um novo campo terapêutico” (Rigonatti, 2004, p. 211). Podemos dizer que se tratava de um redescoberta, como Rigonatti (2004) nos informa, pois era uma forma, até então, esquecida, de conter o doente mental

3) Insulinoterapia (choque insulínico)

Os pacientes diagnosticados com psicose e esquizofrenia, eram tratados com aplicação subcutânea de insulina. Todos os dias as doses eram aumentadas, até o indivíduo entrar em estado de coma, prescrito pelo médico responsável pelo paciente. Porém, é importante pontuar que mesmo em estado totalmente inconsciente (coma), eram administrados eletrochoques. Após este procedimento, a glicose era injetada para que o sujeito retornasse à consciência (Guimarães *et al.*, 2013).

4) Eletroconvulsoterapia

Trata-se de uma técnica que foi inaugurada na década de 30, tendo origem “graças” à Meduna, como Silva e Caldas (2008) ponderam. Este tratamento era realizado com um aparelho de eletrochoque, no qual haviam-se duas “bonequinhas”, as quais eram molhadas com água e sal, procedimento este em que o paciente era amarrado em uma cama, colocando-se uma borracha na boca dele para que não houvesse a mordida na língua, tal qual 3 ou 4 pessoas seguravam o sujeito para que não se machucasse, e quando o botão era acionado, ele convulsionava no mesmo instante (Guimarães *et al.*, 2013).

Como José e Cruz (2019) informam, através da Eletroconvulsoterapia uma corrente elétrica é utilizada com o único e principal objetivo de propagar uma crise convulsiva no sujeito. Os autores ainda mencionam

que “É uma estimulação cerebral não farmacológica com o objetivo de produzir alterações no comportamento e melhoras nos sintomas psiquiátricos” (José; Cruz, 2019, p. 628), sendo, portanto, este tratamento utilizado como forma de punição aos internos dos Hospitais Psiquiátricos.

5) Cubículo ou cela forte

Eram pequenas salas fechadas, onde cabia apenas uma capa de capim; havia um buraco no chão para que fossem feitas as necessidades fisiológicas, bem como uma abertura na parede próxima ao chão por onde recebiam as refeições, e uma abertura no teto, para que os funcionários observassem os sujeitos. Aqueles considerados mais “agitados” ficavam trancafiados por horas e até mesmo dias (Guimarães *et al.*, 2013).

6) Praxiterapia

Trata-se de um tratamento em que os pacientes desempenhavam tarefas laborais, como: horticultura, criação e cuidados de galinhas e porcos. Importante mencionar que o principal objetivo seria que estas atividades terapêuticas auxiliassem no tratamento dos indivíduos; porém, tais pessoas eram agredidas e chicoteadas, além de trabalharem em excesso, tornando-se literalmente em ‘escravos’ (Guimarães *et al.*, 2013).

7) Lençol de contenção e camisa de força

O lençol de contenção mantinha o paciente amarrado na cama, onde braçadeiras e fivelas prendiam seus pés e mãos, e o lençol, na verdade, se tratava de uma lona, que tinha como principal objetivo amarrar este sujeito, levando em consideração que: após a medicação, ele era solto, de acordo com Guimarães *et al.* (2013).

A camisa ou colete de força era colocada em pacientes que se autoagrediam, e era utilizada para substituir as correntes e algemas. Com ela, o paciente poderia caminhar livremente, não se limitando apenas ao leito, porém, com o risco de cair e se machucar pelo déficit de equilíbrio e coordenação motora. Ambos vieram para substituir as celas (Guimarães *et al.*, 2013).

8) Contenção no leito com faixas de tecido de algodão

Técnica utilizada até os dias de hoje, é aplicada para a proteção do paciente e de outros indivíduos, para que quando a pessoa está contida, tenha tempo para pensar. É utilizado em situações de agitação psicomotora; necessidade de estabelecer limites e em casos de agressividade, como nos informa Guimarães *et al.* (2013).

2.2 Desenvolvimento dos tratamentos na abordagem da saúde mental

É com o movimento contrário ao tratamento da loucura, após 1945, que instituições e comunidades começam a ir contra os tratamentos, até então, utilizados, tendo percebido esta emergência em território brasileiro apenas no final da década de 1970, sob denúncias das péssimas condições e das violências pelos

pacientes recebidos como Figueirêdo, Delevati e Tavares (2014) ponderam.

No Brasil, os manicômios até o ano de 2000, se baseavam na legislação de 1934, composta pelos artigos 9º, 10º e 11º. Vejamos:

Essa rede trabalhava com modelos terapêuticos precários, como uso abusivo de psicofármacos e com isolamento dos doentes mentais em manicômios. As consequências foram inúmeras, como a superlotação, erros médicos, índices de mortalidade e segregação dos usuários (Goulart, 2006 *apud* Figueirêdo; Delevati; Tavares, 2014, p. 128).

Este paciente era mantido em cativo, pois sua internação era automática, arbitrária e sem autorização, tendo como consequência, a sua privatização. Neste período, o apelo por uma equipe multidisciplinar nos hospitais psiquiátricos se fez presente, pois constatou-se a necessidade de um tratamento realmente efetivo e eficaz aos internos, tendo como praxis a implementação de ambulatórios e um modelo de prevenção.

Porém, este modelo encontrou-se frágil e sem capacidade ao processo de desospitalização, gerando reivindicações trabalhistas, discussões acerca do tratamento psiquiátrico no Brasil e a demissão de estagiários e dos profissionais grevistas, iniciando-se, a partir de então, grandes congressos para a discussão do tema (Figueirêdo; Delevati; Tavares, 2014).

O lema, portanto, era:

Por uma sociedade sem manicômios [...] Eliminar os meios de contenção presentes no tratamento, reestabelecer a relação do indivíduo com o seu próprio corpo, reconstruir o direito e a capacidade de uso da palavra e dos objetos pessoais, produzir relações, espaços de interlocução, restituir os direitos civis, eliminando a coação, as tutelas judiciais e o estatuto da periculosidade, reativando uma base de inserção para poder ter acesso aos intercâmbios sociais (Ramming, 2002, p. 115 *apud* Figueirêdo; Delevati; Tavares, 2014, p. 129).

Sendo assim, deu-se início a uma grande revolução na saúde mental brasileira: a garantia dos direitos daqueles que um dia não obtiveram nenhum.

Podemos citar como exemplo a tabela que Brasil e Lacchini (2021) nos trazem, a respeito da trajetória da Reforma Psiquiátrica. Mencionaremos, aqui, os fatos mais relevantes, pois houve uma grande evolução de 1978 até os dias atuais, com a criação de diversas leis para garantir os direitos dos portadores de transtornos mentais.

Em 1978, foi realizado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), onde a violência com os pacientes dos hospitais psiquiátricos foi denunciada. Já em 1986, houve a Conferência Nacional de Saúde Mental (CNS) que foi extremamente importante para a formulação de um novo sistema de saúde. Em 1989, houve a extinção dos manicômios, e, portanto, novos modelos assistenciais surgiram; em 1990, um dos maiores marcos históricos: a Conferência Regional realizada para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica (Brasil; Lacchini, 2021).

Em 1991, houve a criação das normas de fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos e em 2001 houve a criação da Lei nº 10.216 – extremamente relevante neste processo (Brasil; Lacchini, 2021).

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, proposta por Paulo Delgado, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, detém em seus pontos mais importantes o reconhecimento da necessidade de substituição do modelo manicomial por serviços abertos e comunitários, visando a inclusão social e a reintegração familiar e comunitária das pessoas com transtornos mentais.

Além disso, esta lei estabelece diretrizes para a organização da política de saúde mental, prevendo a

criação de uma rede de atenção psicossocial, com serviços de atenção básica, atenção especializada, urgência e emergência, hospitalar e de reabilitação psicossocial (Brasil, 2001). Um trecho relevante a ser mencionado é o seu artigo 4º, que determina: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra- hospitalares se mostrarem insuficientes” (Brasil, 2001, art. 4º). Isso reforça a importância da priorização de tratamentos em regime ambulatorial e comunitário, promovendo o acolhimento em espaços de convivência e cuidado que não restrinjam os direitos individuais.

Porém, é importante ressaltar que a desinstitucionalização é muito mais ampla do que simplesmente recolocar o indivíduo na sociedade, tirando-o do hospital psiquiátrico. Há três pontos relevantes na questão da desinstitucionalização que a Reforma Psiquiátrica trouxe consigo. Vejamos:

- 1) **A desinstitucionalização como desospitalização:** Sugere que quando algumas pessoas falam sobre “desinstitucionalização”, estão mais preocupadas em economizar dinheiro do que em realmente mudar a maneira como ajudamos as pessoas com problemas de saúde mental. Elas querem gastar menos dinheiro com hospitais psiquiátricos, mas não estão questionando se esses hospitais são a melhor maneira de ajudar as pessoas. Então, mesmo que algumas coisas mudem, como mais serviços de saúde mental na comunidade, o sistema geral permanece parecido, com hospitais psiquiátricos sendo a principal opção de tratamento. Isso significa que as pessoas podem continuar recebendo o mesmo tipo de ajuda, mesmo que não seja o mais adequado para elas (Hirdes, 2009).
- 1) **A desinstitucionalização como desassistência:** Para alguns setores, a desinstitucionalização é vista apenas como uma forma de retirar os pacientes dos hospitais psiquiátricos, sem oferecer alternativas adequadas de assistência, deixando os doentes à própria sorte. Setores estes que são predominantemente conservadores, que resistem a mudanças e não reconhecem os direitos das minorias (Hirdes, 2009).
- 2) **A desinstitucionalização como desconstrução:** Essa tendência critica o conhecimento médico que molda a base da psiquiatria. Basicamente, questiona se o que os médicos sabem sobre doenças mentais é realmente válido e completo (Hirdes, 2009).

Ou seja, anteriormente, os indivíduos tidos como “loucos” eram totalmente desprovidos de autonomia – e até mesmo de direitos – tendo seu tratamento centrado nos hospitais psiquiátricos, e é exatamente por este motivo que a desinstitucionalização começou a ser discutida e “destrinchada” em todas as suas formas e faces, como menciona Brasil e Lacchini (2021).

2.3 Novas abordagens terapêuticas: instrumentação empregada na atualidade no contexto do tratamento em saúde mental

Através da reorganização do modelo assistencial no Brasil, todos os serviços de saúde precisaram adotar medidas baseadas na subjetividade dos sujeitos, bem como, em suas necessidades, como nos traz Alexandre, *et. al* (2019).

Vejamos, portanto, instrumentos que são utilizados atualmente com o principal objetivo de auxiliar a promoção de saúde mental a todo e qualquer indivíduo.

1) Acolhimento

Apesar de não parecer um instrumento relevante, o acolhimento é primordial na atuação do psicólogo. Diferente do que acontecia nos manicômios, sem acolhimento não há tratamento eficaz. Sendo assim, Alexandre *et al.* (2019, p. 2-3 *apud* Ministério da Saúde, 2008, p. 51) traz a definição para este termo:

Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.

Ou seja, se trata de uma ação de ‘estar’, como Alexandre *et al.*, (2019) mencionam; estar presente, envolto às queixas do paciente, não o descredibilizando – pelo contrário, compreendendo que ele é autônomo e livre quando se trata de sua própria história. Desse modo, podemos rotular como uma relação com um outro alguém.

O acolhimento é muito mais do que apenas um processo de triagem, ou seja, não se trata da porta de entrada do paciente nos serviços de saúde, ou até mesmo no processo de psicoterapia: se trata da compreensão e consideração de toda a trajetória deste indivíduo, dentro dos serviços de saúde ou não (Alexandre *et al.*, 2019).

O usuário que chega para ser atendido tem uma identidade, uma história que é anterior ao atendimento e que prosseguirá após o mesmo. O profissional deve se apropriar dessa realidade e orientar suas ações na direção de pensar o itinerário que o paciente percorreu e o caminho que ainda irá percorrer (Brasil, 2010 *apud* Alexandre *et al.*, 2019, p. 3).

Portanto, se trata de uma ferramenta estritamente essencial, e não pode em nenhuma hipótese ser descartada.

2) Anamnese

Considerar a perspectiva do paciente abre diversos caminhos e possibilidades para uma prática humanizada, voltada à autonomia do paciente, segundo Balduino *et al.* (2012). Portanto, para uma anamnese eficaz ser realizada, é necessário que o profissional de saúde mental atue de forma abrangente, coletando, portanto, todas as informações necessárias através de perguntas adequadamente formuladas, respeitando o contexto social do indivíduo, visando a qualidade da relação terapêutica (Balduino *et al.*, 2012).

Através desta coleta de informações, o profissional conseguirá ampliar sua visão sobre o sujeito que ali está, aperfeiçoando a sua relação com o paciente, buscando auxiliar o processo terapêutico objetivando a redução do sofrimento deste (Balduino *et al.*, 2012).

Obviamente, também se trata de um recurso de avaliação, pois um dos principais focos desta entrevista inicial são os aspectos emocionais do paciente e como estes se relacionam com seus comportamentos verbais e não verbais, como mencionam Lima, Marins e Oliveira (2013). Além disso, também é analisado o histórico familiar deste indivíduo, pois é estritamente primordial considerar o seu histórico familiar.

3) Psicoterapia individual e grupos terapêuticos

Atualmente, a prática da psicoterapia se consolida cada vez mais dentro do âmbito da saúde mental, tendo, portanto, mais reconhecimento entre a sociedade de maneira geral – sendo profissionais ou não (Cunha, 2016). Um dos principais objetivos da terapia é reduzir a queixa/transtorno trazido pelo paciente, caracterizando-se por ser uma prática totalmente colaborativa, ou seja, realizada em comum acordo e auxílio tanto do psicólogo, quanto do paciente, como Cunha (2016) retrata. Além disso, a autora menciona que este tipo de instrumento é um excelente recurso no tratamento de pacientes diagnosticados com transtornos mentais.

O processo terapêutico pode ser considerado como dois sistemas psíquicos, como Jung (1966 *apud* Cunha, 2016) nos trazem, pois se trata de uma interação/diálogo entre duas pessoas. Ou seja, há uma interação e uma relação simultânea de trocas, portanto, um atuando sobre o outro.

Sendo assim, não podemos deixar de mencionar a importância do laço estabelecido entre as duas partes durante as sessões. Ademais, a atuação do psicólogo não se limita apenas às psicoterapias individuais – muito pelo contrário. Com o crescimento desta ferramenta de intervenção, foram criados os grupos terapêuticos.

Através deles, conflitos são mediados, bem como, os processos psíquicos recebem auxílio do profissional ali presente (Moliterno *et al.*, 2012). Por meio das interações absorvidas e da atuação do psicólogo como facilitador, os indivíduos se desenvolvem de maneira eficaz, possibilitando, assim, amadurecimento psíquico e emocional, como relatam os autores.

4) Testes psicológicos

Através dos testes psicológicos são realizadas avaliações dos aspectos da mente humana, do comportamento, da personalidade e das habilidades cognitivas/emocionais dos sujeitos. Portanto, Bandeira e Andrade (2021) relatam a importância deste instrumento para a prática psicológica, mensurando suas características.

Atualmente, estes instrumentos estão sendo cada vez mais observados e monitorados, a fim de que a sua qualidade se torne cada vez mais eficaz, para que seja utilizado de maneira ética (Bandeira; Andrade, 2021).

O objetivo não é rotular, mas sim “identificar, descrever, qualificar e mensurar características psicológicas, por meio de procedimentos sistemáticos de observação e descrição do comportamento humano” (Bandeira; Andrade, 2021, p. 2).

Sendo assim, os testes psicológicos são uma excelente ferramenta para que o profissional de saúde mental obtenha um melhor entendimento do indivíduo, bem como, de sua demanda, para que, dessa forma, se ofereça um suporte adequado a cada um, respeitando, acima de tudo, a subjetividade.

5) Políticas públicas de saúde mental

Os transtornos mentais não acometem apenas o indivíduo, mas sim, todos à sua volta, de forma grupal. Sendo assim, o adoecimento mental impacta no desemprego, na mão de obra desqualificada, no aprendizado escolar, no desenvolvimento, na dinâmica familiar, bem como entre diversos aspectos sociais. Pensando nesta questão, as políticas públicas são desenvolvidas a fim de trazer apoio a estes indivíduos, para que sejam realmente integrados à sociedade, visando a diminuição deste impacto (Rosa *et al.*, 2022).

Citaremos, portanto, as principais ferramentas públicas que foram criadas e estão em uso até os dias de hoje, promovendo dignidade aos indivíduos: CAPS (Centro de Atenção Psicossocial); SRT (Serviço Residencial Terapêutico); Leitos em Hospitais Gerais; Leitos em Hospitais Psiquiátricos; Equipes de Consultório na Rua. Explicaremos sobre cada um a seguir:

1. **CAPS:** Detém de várias modalidades, caracterizados pela sua substituição do modelo manicomial, e tem como princípio integrar o indivíduo à família, bem como à comunidade, através dos processos psicoterapêuticos. Tendo como equipe multiprofissional, se trata de uma política pública aberta e comunitária, sendo o seu tratamento voltado para pessoas em sofrimento ou diagnosticadas com determinados transtornos, bem como, para aqueles dependentes de álcool e drogas (Rosa *et al.*, 2022).
2. **SRT:** Caracterizadas por casas situadas nas cidades, sendo estas para pessoas com transtornos mentais considerados graves – cujos indivíduos podem ficar institucionalizados ou não. Seu principal objetivo é a reabilitação em conjunto com a habitação para que futuramente este indivíduo seja reinserido socialmente (Rosa *et al.*, 2022).
3. **Leitos em hospitais gerais:** São disponibilizados especificamente para sujeitos com transtornos mentais graves, ou casos decorrentes de uso abusivo de tóxicos e álcool. Porém, o hospital deve estar em conjunto com as normas PTS (Projeto Terapêutico Singular). Sendo assim, quando o indivíduo é internado, o seu histórico é consultado, no intuito de vincular as instituições interessantes no processo terapêutico (Rosa *et al.*, 2022).
4. **Equipes de consultório de rua:** Se trata de uma política de atenção primária ao indivíduo, onde seu principal objetivo é que os serviços disponíveis estejam à disposição da população em situação de rua, para que estes sejam integrados à saúde pública, pois se encontram em situação de extrema vulnerabilidade social e familiar (Rosa *et al.*, 2022).

2.4 Novas concepções acerca da loucura

É evidente que ao longo do tempo, tanto o Movimento da Luta Antimanicomial quanto às leis subsequentes têm alterado a maneira como vemos a loucura. Nos últimos anos, a Reforma Psiquiátrica no Brasil tem sido pioneira ao incluir pessoas com transtornos mentais (Amarante; Torre, 2017). Isso significa que ideias e termos ligados à loucura estão sendo deixados de lado, como Santos, Danfá e Almeida (2021) observam.

Eles também argumentam que a concepção de loucura muda com influências de ideias novas, avanços científicos e movimentos sociais. Por isso, um novo jeito de lidar com a loucura está sendo desenvolvido no Brasil, criando novas oportunidades para um “espaço social” diferente para essas situações, por meio de políticas públicas. Este novo modelo não se limita a diagnosticar, mas também busca acolher de acordo com a subjetividade e contexto social da pessoa, levando em consideração seus direitos humanos e de cidadania

(Amarante; Torre, 2017).

Além disso, um ponto marcante das novas concepções sociais sobre a loucura, conforme Sampaio e Bispo Júnior (2021), é a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Um dos principais objetivos dessa rede é promover a desinstitucionalização, organizando os serviços de saúde mental no Brasil para que o indivíduo receba o acolhimento e o atendimento necessários fora das instituições. Assim, a sociedade é integrada ao tratamento, em vez de o indivíduo ser excluído dela.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho evidencia o progresso no entendimento da evolução do conceito em relação à condição da loucura e da abordagem terapêutica voltada aos indivíduos afligidos por transtornos mentais – ou não. Observamos uma evolução ao longo das décadas, na qual o estigma associado à loucura foi, gradativamente, substituído por uma visão mais humanizada e inclusiva, em que as práticas de tratamento deixaram de ser meramente segregacionistas e desumanas, visando antes reconhecer a singularidade e individualidade de cada paciente.

O paradigma terapêutico evoluiu de uma abordagem centrada na exclusão social e na imposição de métodos punitivos e aversivos, para um enfoque que busca compreender e atender às necessidades específicas de cada indivíduo. Portanto, atuando em contrapartida às antigas práticas de confinamentos e aplicações de tratamentos de cunho agressivo, as novas formas de tratamento utilizadas em saúde mental direcionam-se para a reintegração do paciente à sociedade, proporcionando-lhe condições adequadas para sua inclusão no seio familiar e comunitário.

Obviamente, é primordial a melhoria de algumas políticas públicas já implantadas, pois estamos imersos atualmente em uma sociedade que ainda banaliza a saúde mental. O Estado, enquanto responsável, deve se atentar à enorme relevância deste tema para os cidadãos, se tratando da saúde pública, dada a sua influência em várias esferas, incluindo aspectos comportamentais, sociais e intelectuais.

Podemos destacar como um grande avanço a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada em 2011, com o objetivo de reintegrar os indivíduos à sociedade, oferecendo um tratamento humanizado e adequado às necessidades de cada paciente, colocando a equidade em foco, tendo em vista que dessa maneira é possível respeitar a subjetividade de cada indivíduo.

Nota-se, portanto, que a evolução no campo da saúde mental está em curso. No entanto, é evidente que ainda existem certas barreiras culturais e governamentais que minimizam a importância da saúde mental e do tratamento dos transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, V. *et al.* O Acolhimento como Postura na Percepção de Psicólogos Hospitalares. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s. l.], v. 39, e188484, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/3K6KrmF4WFt7ftFNH7Zdwt/#>. Acesso em: 07 maio 2024.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, [s. l.], v. 21, n. 63 p. 763-774, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0881>. Acesso em: 17 jun. 2024.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BALDUINO, P. M. *et al.* A perspectiva do paciente no roteiro de anamnese: o Olhar do estudante. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 36, n. 3, p. 335–342, jul. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/B9nv9FzrfvbRj6BC9vgJnKz/#>. Acesso em: 07 maio 2024.

BANDEIRA, D. R.; ANDRADE, J. M. DE; PEIXOTO, E. M. O Uso de Testes Psicológicos: Formação, Avaliação e Critérios de Restrição. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s. l.], v. 41, n. spe1, e252970, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/KpjTyTLtxKG6s4wjDBvdHfr/#> Acesso em: 13 maio 2024.

BATISTA, E. C.. A saúde mental e o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico na História da Loucura. **Revista Enfermagem e Saúde Coletiva-REVESC**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 2-15, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Eraldo-Batista/publication/341102947_A_Saude_Mental_e_o_Cuidado_a_Pessoa_em_Sofri_mento_Psiquico_na_Historia_da_Loucura/links/5ead6ce5299bf18b958e6c3d/A-Saude-Mental-e-o-Cuidado-a-Pessoa-em-Sofrimento-Psiquico-na-Historia-da-Loucura.pdf. Acesso em: 22 abr. 2024.

BRASIL, D. D. R.; LACCHINI, A. J. B.. **Reforma Psiquiátrica Brasileira**: dos seus Antecedentes aos Dias Atuais, Porto Alegre, RS, v. 10, n. 1, 2021. Pluralidades em Saúde Mental.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 69-E, p. 2, 9 abr. 2001.

CUNHA, J. S. **(Des)construindo a psicoterapia**: uma revisão de seus benefícios como modo de aplicação da sua prática. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

FIGUEIRÊDO, M. L. de R.; DEVELATI, D. M.; TAVARES, M. G. Entre loucos e manicômios: História da loucura e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Ciências humanas e sociais**, Maceió, v. 2, n. 2, p. 121-136, nov. 2014.

FONTE, E. M. M. Da. Da Institucionalização da Loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. Disponível em: <https://doceru.com/doc/s0v1nn8> Acesso em: 16 mar. 2024.

GUIMARÃES, A. N. *et al.* Tratamento em Saúde Mental no modelo manicomial (1960- 2000): Histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 361-9, abr./jun. 2013.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 297–305, jan. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GMXKF9mkPwxK9HXvfl39Nf/#> Acesso em: 29 abr. 2024.

JOSÉ, B. B.; DA CRUZ, M. C. C. Eletroconvulsoterapia como prática psiquiátrica: revisão de literatura. **Archives of Health Investigation**, [s. l.], v. 8, n. 10, 2019. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/3609> Acesso em: 23 abr. 2024.

LIMA, K. C. M. de; MARINS, R. G.; OLIVEIRA, D. S. de. Recursos de avaliação em saúde mental: anamnese e linha do tempo. **In: MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO CESUCA**, 7., 2013, Cachoeirinha, RS. Anais [...]. Cachoeirinha, RS, 2013. p. 1-7. Disponível em: <https://ojs.cesuca.edu.br/index.php/mostrac/issue/view/ANAIS%20DA%20VII%20%20MOSTRA%20CIENT%3%8DFICA%20DO%20CESUCA>. Acesso em: 8 maio 2024.

MOLITERNO, I. M. de *et. al.* A atuação do psicólogo com grupos terapêuticos. **Cadernos de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde Fits**, Maceió, v. 1, n.1, p. 95-98, nov. 2012.

PERON, P. R. A trágica história do Hospital Psiquiátrico Colônia. **Psic. Rev.** São Paulo, v. 22, n. 2, p. 261-267, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/17993/13358>
Acesso em: 22 abr. 2024.

RIGONATTI, S. P. História dos tratamentos biológicos. **Psiqu. Clínica.**, [s. l.], v. 31, n. 5, p. 210-212, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/W5SkG4fvkxP5rsw6M9YDcBB/?format=pdf#:~:text=Na%20d%C3%A9cada%20de%2020%20do,abrir%20um%20novo%20campo%20terap%C3%AAutico>. Acesso em: 22 abr. 2024.

ROCHA, R. C. **Dos manicômios à reforma psiquiátrica:** uma revisão histórica dos movimentos da saúde mental. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) - Universidade Federal Fluminense, Volta Redonda, 2017. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/6924/Rodrigo%20Carvalho%20Rocha%20%20TCC.pdf;jsessionid=395664131719022B7517A20EDAB68822?sequence=2>. Acesso em: 16 mar. 2024.

ROSA, D. *et al.* **Cenário das Políticas e Programas Nacionais de Saúde Mental.** Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2022. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/06/cenario-politicas-programas-nacionais-saude-mental-ieps-instituto-cactus.pdf>. Acesso em: 13 maio 2024.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, [s. l.], v. 37, n. 3, p., 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2021.v37n3/e00042620/#>. Acesso em: 19 ago. 2024.

SANTOS, M. DE F. DE S.; DANFÁ, L.; ALMEIDA, A. M. O. A Loucura em Movimento: Representação Social e Loucura na Imprensa Escrita. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s. l.], v. 41, e221899, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/LDJV9hk6Lx84j73G5WSV8Ck/#> Acesso em: 17 jun. 2024.

SILVA, M. L. B.; CALDAS, M. T. Revisitando a técnica de eletroconvulsoterapia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Psicologia: Ciência E Profissão**, v. 28, n. 2), p. 344–361, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932008000200010>. Acesso em: 23 abr. 2024.

TSU, T. M. J. A.; TOFOLO, V. Concepções etiológicas de pacientes psiquiátricas sobre doença mental. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 155-166, dez. 1990. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51771990000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 mar. 2024.

VASCONCELOS, I. *et al.* Concepções de loucura em um traçado histórico-cultural: uma articulação com o Construcionismo. **Mental**, Barbacena, v. 8, n. 14, p. 49- 63, 2010. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272010000100004&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 13 mar. 2024.