



FACSETTE
Health Sciences

REVISÃO DE LITERATURA

Esquizofrenia e sociedade: estigmas, direitos e inclusão social

Schizophrenia and Society: Stigmas, Rights, and Social Inclusion

Alexandre A. F. Toledo¹, Rafaela C. S. Ribeiro¹, Carla C. Amorim^{1*}, Luana C. S. Almeida¹

¹Faculdade Sete Lagoas, Rua Itália Pontelo, 50, Sete Lagoas, 35700-170, MG, Brasil.

*Correspondência

Carla C. Amorim
Faculdade Sete Lagoas
Rua Itália Pontelo, 50, Sete Lagoas,
35700-170, MG, Brasil.
+55 (31) 9 9248-0988
prof.carlaamorim@gmail.com

Financiamento

Não há.

Resumo

O presente estudo analisa os estigmas associados à esquizofrenia, articulando conceitos da psicologia social com evidências empíricas e históricas. Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, realizada em bases de dados como SciELO, PubMed, repositórios universitários e plataformas governamentais, contemplando publicações prioritariamente dos últimos cinco anos (2020–2025), além de obras clássicas relevantes. Foram priorizados estudos que abordam a realidade latino-americana, em português e inglês. A análise foi estruturada em quatro eixos principais: (1) origens históricas do estigma; (2) manifestações contemporâneas em contextos brasileiros; (3) impactos em pessoas com esquizofrenia em situação de rua ou extrema vulnerabilidade; (4) legislações e políticas públicas como respostas e desafios de implementação. Os resultados indicam associação entre estigma, desigualdades sociais e dificuldades de acesso ao cuidado em saúde mental, especialmente em populações vulnerabilizadas. Destaca-se, ainda, o papel ambivalente da religiosidade, que pode atuar tanto como estratégia de acolhimento quanto como fator que dificulta o diagnóstico e o tratamento. Embora a Lei nº 10.216/2001 represente um avanço no campo normativo, sua efetividade depende da implementação de políticas públicas intersetoriais. Conclui-se que a esquizofrenia deve ser compreendida não apenas como um diagnóstico clínico, mas como um fenômeno social atravessado por processos de exclusão, preconceito e resistência, o que impõe desafios à promoção da cidadania e à efetivação do cuidado em saúde mental.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Estigma. Psicologia social. Religiosidade. Vulnerabilidade social.

Abstract

This study analyzes the stigmas associated with schizophrenia, articulating concepts from social psychology with empirical and historical evidence. It is a narrative literature review, conducted in databases such as SciELO, PubMed, university repositories, and government platforms, primarily including publications from the last five years (2020–2025), as well as relevant classic works. Studies addressing the Latin American reality, in both Portuguese and English, were prioritized. The analysis was structured around four main axes: (1) historical origins of stigma; (2) contemporary

manifestations in Brazilian contexts; (3) impacts on people with schizophrenia experiencing homelessness or extreme vulnerability; (4) legislation and public policies as responses and implementation challenges. The results indicate an association between stigma, social inequalities, and difficulties in accessing mental health care, especially among vulnerable populations. Furthermore, the ambivalent role of religiosity stands out, as it can act both as a welcoming strategy and as a factor that hinders diagnosis and treatment. Although Law No. 10.216/2001 represents progress in the normative field, its effectiveness depends on the implementation of intersectoral public policies. It is concluded that schizophrenia should be understood not only as a clinical diagnosis, but as a social phenomenon traversed by processes of exclusion, prejudice, and resistance, which poses challenges to the promotion of citizenship and the effective delivery of mental health care.

Key words: Schizophrenia. Stigma. Social psychology. Religiosity. Social vulnerability.

1 INTRODUÇÃO

Os diagnósticos psiquiátricos frequentemente carregam uma imagem socialmente negativa, associada a preconceitos e estigmas que impactam a vida dos indivíduos diagnosticados. Esses sujeitos enfrentam desafios como a vergonha de assumir o transtorno, o medo da reação alheia e a marginalização social. Tais fatores estão relacionados a estigmas culturalmente enraizados, gerando não apenas discriminação externa, mas também o autoestigma. Corrigan et al. (2011, p. 65-66) destacam que o autoestigma pode comprometer metas de vida e a adesão ao tratamento, dificultando a busca por cuidado.

Brito e Silva (2022) apontam que o preconceito social é intensificado em contextos de vulnerabilidade, como o da população em situação de rua, onde o estigma se articula com a segregação econômica e territorial. Esse cenário se agrava especialmente nos transtornos do espectro da esquizofrenia (TEE), em razão da reprodução midiática que frequentemente retrata essas pessoas como agressivas, “loucas” ou perigosas, reforçando estereótipos e contribuindo para sua exclusão social (LEAL, 2021; COSTA; LOTTA, 2021).

Indivíduos com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos são impactados por processos de invisibilização e pela desumanização social. Hannah Arendt, em *Origens do Totalitarismo*, descreve refugiados pós-guerra como “destituídos de lar” e “desprovidos de raízes”, vivenciando formas de exclusão social (ARENDR, 2012, p. 11). Embora essa análise se refira a apátridas, é possível estabelecer paralelos com a experiência de grupos socialmente marginalizados, incluindo pessoas com transtornos mentais graves em contextos de extrema vulnerabilidade. Brito e Silva (2022, p. 158) destacam que esses indivíduos podem experimentar formas

intensas de invisibilização social e exposição a violências cotidianas. Nesse contexto, a religiosidade pode emergir como forma de acolhimento comunitário, especialmente em territórios marcados pela ausência de políticas públicas efetivas (MONTEIRO et al., 2020; BRITO; SILVA, 2022).

A falta de amparo social impacta diretamente o acesso e as condições de tratamento, levando a altos índices de desistência e abandono do acompanhamento médico. Relatos de maus-tratos por parte de equipes de saúde, associados ao estigma, também contribuem para o afastamento desses indivíduos dos serviços de cuidado (PIRES et al., 2023). Por isso, destaca-se a necessidade de fortalecimento das políticas públicas voltadas à saúde mental.

Para compreender a construção dos estigmas sociais relacionados aos transtornos mentais, é preciso entender como se formou o contexto em esses indivíduos são socialmente categorizados e classificados apenas como “doentes” ou “malucos”. Costa e Lotta (2021) mostram como as políticas públicas estão intrinsecamente atreladas a essa definição de categorias sociais e ressaltam que, ainda que haja um processo de categorização voltado à cidadania, e um avanço posterior à luta antimanicomial, o estigma permanece como um obstáculo à inclusão social.

Diante disso, este estudo tem como objetivo analisar o papel social da esquizofrenia, bem como os desafios relacionados à inclusão de pessoas com transtornos mentais graves, considerando suas raízes históricas, sociais e culturais e seus impactos no acesso ao cuidado e na promoção da cidadania.

2 METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma revisão bibliográfica narrativa, de abordagem qualitativa, fundamentada em revisão bibliográfica narrativa. A escolha pela abordagem narrativa justifica-se pela necessidade de articular criticamente diferentes dimensões — teóricas, históricas e institucionais —, buscando identificar padrões nas formas de produção de estigma e seus impactos nas vidas de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia em contextos de vulnerabilidade extrema. A análise é desenvolvida à luz da Psicologia Social, compreendendo o estigma como um fenômeno socialmente construído, atravessado por discursos científicos, institucionais e culturais. O objetivo é analisar os impactos socioculturais do diagnóstico de esquizofrenia, com ênfase na construção de estigmas sociais, em suas origens históricas e em desdobramentos para os sujeitos diagnosticados.

As obras literárias e bibliográficas foram selecionadas de acordo com critérios de relevância científica, adequação temática e recorte temporal. Priorizaram-se publicações dos últimos cinco anos (2020–2025). Exceções foram deliberadamente feitas para literaturas clássicas de importância fundamental: Erving Goffman, Hannah Arendt e Michel Foucault, cuja contribuição permanece essencial para a compreensão crítica do objeto de estudo.

Foram priorizados estudos que retratam a realidade brasileira, considerando suas especificidades históricas, sociais e institucionais no campo da saúde mental. As publicações incluídas provêm de bases acadêmicas reconhecidas: SciELO, PubMed, periódicos indexados, repositórios universitários (UFSC, UFJF) e plataformas governamentais (saude.gov.br, gov.br), bem como documentos institucionais oficiais.

2.1 Estratégia de busca bibliográfica

A busca foi realizada nas bases de dados mencionadas acima, utilizando combinações de termos-chave em português e inglês para ampliar a cobertura. Os termos utilizados foram:

- (1) "estigma" AND "esquizofrenia"
- (2) "população em situação de rua" AND "saúde mental"
- (3) "preconceito" AND "tratamento psiquiátrico"
- (4) "reforma psiquiátrica Brasil"

Quando possível, foram combinados termos através de operadores booleanos (AND, OR) para refinar resultados. Priorizou-se material publicado entre 2020 e 2025, com exceção de obras clássicas fundamentais.

Além de periódicos científicos, foram consultados documentos e relatórios governamentais (Ministério da Saúde, IBGE, censos) para captar políticas oficiais e dados epidemiológicos sobre populações diagnosticadas e vulnerabilidade social.

2.2 Critérios de seleção e exclusão de estudos

A seleção de estudos foi conduzida de forma iterativa: leitura de títulos e resumos, seguida de análise de texto completo. Foram incluídos:

- (a) Estudos empíricos qualitativos que retratassem experiências de pessoas diagnosticadas ou narrativas de exclusão/acesso a serviços;
- (b) Pesquisas censitárias e de campo que quantificassem prevalência, características demográficas ou distribuição geográfica de transtornos mentais em contextos de vulnerabilidade;
- (c) Documentos governamentais sobre políticas de saúde mental, legislação e programas (RAPS, CAPS, PTS);
- (d) Literatura clássica (Goffman, Foucault, Arendt) cuja contribuição teórica permanece central;
- (e) Fontes documentais institucionais relevantes para a compreensão do contexto analisado;
- (f) Fontes que retratam a realidade brasileira e contexto latino-americano, publicadas em português ou inglês.

Foram excluídos:

- (a) Comentários editoriais e cartas ao editor sem fundamentação empírica;
- (b) Estudos não-revisados por pares (exceto documentos oficiais governamentais);
- (c) Materiais não disponíveis em português ou inglês;
- (d) Estudos focados exclusivamente em populações não-brasileiras, sem relevância para políticas públicas brasileiras.

2.3 Processo de análise do material

O material selecionado foi analisado através de análise temática narrativa, estruturada em torno de quatro eixos centrais identificados a posteriori (isto é, emergentes do processo de análise, não pré-definidos):

- (1) Origens históricas e conceituais do estigma;

- (2) Manifestações contemporâneas do estigma em contextos brasileiros;
- (3) Impactos do estigma em populações diagnosticadas com esquizofrenia, especialmente em situação de rua ou extrema vulnerabilidade social;
- (4) Legislações e políticas de saúde mental como respostas e seus desafios de implementação.

3 REVISÃO

3.1 Estigmas e preconceitos históricos

A palavra “estigma” se originou do grego antigo e era utilizada para designar feridas ou marcas deixadas no corpo de indivíduos socialmente marginalizados, como escravos, traidores e criminosos, com o objetivo de torná-los facilmente identificáveis e, consequentemente, rejeitados e isolados. Segundo Goffman (1988), no contexto social contemporâneo, o termo passou a se referir a uma característica negativa atribuída a alguém ou algo, ainda que não seja visível aos olhos. Trata-se de uma pré-concepção que recai sobre o indivíduo, como no exemplo: “Pessoas esquizofrênicas são violentas”.

Tais representações rondam a sociedade há milhares de anos, e Foucault traz uma análise histórica do tema. Inicialmente, na Idade Média, o que era denominado de loucura era associado ao sobrenatural e ao castigo divino, que deveria ser rejeitado socialmente (FOUCAULT, 2006, p. 71). Com o surgimento da medicina moderna, essas interpretações não desapareceram integralmente. Em determinados contextos de vulnerabilidade social e influência religiosa, sintomas psicóticos ainda podem ser compreendidos como manifestações espirituais ou demoníacas, mesmo diante de explicações biomédicas disponíveis.

No século XVIII, com o Iluminismo, Philippe Pinel introduziu a noção de terapia moral, ampliando a possibilidade de tratamento, ainda que os métodos empregados fossem limitados. Já no século XIX, ocorre a expansão dos manicômios, utilizados para controle social e exclusão de indivíduos considerados improdutivos, reforçando um processo histórico de medicalização da loucura e segregação social (FOUCAULT, 2006, p. 71).

No século XX, observa-se uma mudança gradual nesse cenário, com maior valorização da subjetividade dos indivíduos em sofrimento psíquico. A atuação de Nise da Silveira, ao questionar o modelo hospitalocêntrico e utilizar práticas como a arteterapia, contribuiu para o reconhecimento da expressão

subjetiva dos pacientes. Conforme Damião Junior (2021), sua prática rompeu com o modelo asilar ao valorizar a subjetividade dos indivíduos. Esse processo contribuiu para a reforma psiquiátrica brasileira, promulgada em 2001, embora não tenha eliminado os preconceitos ainda presentes na sociedade brasileira (BRASIL, 2001).

3.1.1 Vulnerabilidade social e persistência de contextos religiosos

Segundo Malinowski et al. (2024), bairros de baixa renda se relacionam diretamente com um neurodesenvolvimento prejudicado, além de elevar a recorrência de episódios psicóticos. Esses achados são associados, pelos autores, à exposição a violência institucional e comunitária, construída historicamente, por meio do reforço dos estigmas na sociedade, seja de forma midiática, velada ou cultural.

Quando se trata de moradores de comunidades periféricas, de acordo com o Censo 2022, 72,9% dos moradores de favelas no Brasil são negros (IBGE, 2024). Malinowski et al. (2024) demonstram que, em São Paulo, moradores de favelas, em sua maioria negros e pardos, apresentaram maior gravidade dos sintomas psicóticos. Esse cenário é descrito como relacionado à insegurança alimentar, às condições precárias e à obtenção de renda por meio de subempregos (IBGE, 2024; BRASIL, 2025).

Concomitantemente, segundo o Censo Pop Rua de 2022 (GARCIA et al., 2023), realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais na cidade de Belo Horizonte, 57,2% dos indivíduos que vivem nas ruas declaram possuir transtornos mentais, frequentemente associados à dependência química, e a esquizofrenia está presente em proporção significativamente superior em comparação a outros transtornos.

Nesse contexto de vulnerabilidade, interpretações religiosas dos sintomas psicóticos são descritas como mais frequentes, sendo a religiosidade um fator relevante na experiência de indivíduos marginalizados. No Brasil cerca de 83% da população acima de 10 anos segue religiões cristãs, e, conforme IBGE Censo 2022, a religiosidade influencia diretamente o curso da esquizofrenia. Alves e Torres (2022) identificam maior prevalência de delírios religiosos em pacientes protestantes/evangélicos internados, em comparação a católicos, o que pode repercutir no diagnóstico e na adesão ao tratamento especializado. Moura (2021) descreve que essas crenças podem modular preconceitos por meio de representações sociais negativas.

Contudo, a religiosidade também é descrita como uma forma de acolhimento e inserção comunitária para indivíduos em situação de vulnerabilidade. De acordo com Monteiro et al. (2020), pessoas em contextos de extrema vulnerabilidade percebem a religiosidade como forma de acompanhamento afetivo e inserção comunitária, oferecendo "aceitação irrestrita", especialmente em regiões com acesso limitado aos serviços públicos de saúde mental.

Por esse motivo, a religiosidade é descrita na literatura como um fenômeno com múltiplas funções, podendo estar associada tanto ao acolhimento quanto a possíveis dificuldades no acesso ao cuidado especializado. Brito e Silva (2022, p. 154-155) registram o seguinte relato: "O remédio me incomoda [...] porque me dá essa sensação de loucura [...]. Pra mim seria mais fácil [...] que isso [esquizofrenia] era espiritual [...]. Mas eles falaram que isso é [...] mental. Isso é minha mente [...] que cria isso tudo".

Conforme demonstrado por Pietkiewicz et al. (2021), em estudo qualitativo com pacientes diagnosticados com esquizofrenia, a crença em possessão demoníaca foi associada à busca de ajuda espiritual e ao atraso na avaliação diagnóstica e no tratamento. Os autores também observaram que líderes religiosos, em alguns contextos, reforçaram essas interpretações, incentivando práticas como exorcismos em detrimento de intervenções clínicas. Por outro lado, estudos também indicam que indivíduos em risco psicótico frequentemente buscam contextos religiosos como estratégia de significação. Monteiro et al. (2020) e Oliveira et al. (2025) relatam associação entre religiosidade, redução de comportamentos suicidas, menor abuso de substâncias e melhor enfrentamento psicossocial.

Dessa forma, a religiosidade é descrita como um fenômeno complexo, podendo atuar simultaneamente como estratégia de enfrentamento, rede de apoio e, em alguns casos, fator que interfere no acesso ao tratamento especializado.

3.2 Políticas públicas, práticas de inclusão e direitos das pessoas com transtornos mentais (Lei nº 10.216/2001 e CID-11)

Os direitos das pessoas com transtornos mentais se organizam em um campo normativo que envolve o direito à saúde pública e as relações sociais, consolidando-se de modo mais explícito no Brasil a partir da Lei nº 10.216/2001. Essa lei estabelece garantias jurídicas fundamentais e altera o modo como o cuidado em saúde mental passa a ser pensado e executado no país. Ao mudar o centro do cuidado do

hospital psiquiátrico para o território, a legislação desloca a centralidade da internação e afirma a prioridade de serviços comunitários, próximos da vida cotidiana do sujeito (BRASIL, 2001). O tratamento passa a ser indicado, sempre que possível, fora do ambiente hospitalar, preservando vínculos afetivos e sociais, enquanto a internação é prevista como medida excepcional, restrita a situações em que outros recursos se mostram insuficientes.

Esse marco legal se insere no percurso da Reforma Psiquiátrica brasileira, construída ao longo de décadas por meio da atuação de movimentos sociais, familiares e trabalhadores da saúde mental. Nesse processo, a trajetória de Nise da Silveira é apresentada na literatura como referência. Nascida em 1905, a psiquiatra questionou práticas violentas e excludentes comuns nos hospitais psiquiátricos de sua época e introduziu propostas que valorizavam a expressão subjetiva dos pacientes, como a arteterapia. Ao recusar a lógica do isolamento e da contenção, Nise defendia um cuidado atento à singularidade de pessoas historicamente reduzidas ao rótulo da "loucura". Essa crítica ao modelo asilar, discutida por Damião Junior (2021), demonstra como a prática de Nise da Silveira rompeu com o modelo asilar ao valorizar a expressão subjetiva dos pacientes por meio da arte, o que contribuiu para o fortalecimento de uma perspectiva que associa cuidado em saúde mental, à dignidade e à inserção social.

A Lei nº 10.216/2001 detalha esse afastamento ao listar, em seu artigo 2º, direitos como o acesso ao melhor tratamento disponível no sistema de saúde, o respeito à integridade física e moral e a proteção contra práticas abusivas. O direito à convivência familiar e comunitária também aparece como elemento central. Já o artigo 4º limita internações a casos graves, determinando que, independentemente da modalidade, estas devem ter finalidade terapêutica, duração limitada e indicação restrita aos casos em que os dispositivos extra-hospitalares não atendem às necessidades do cuidado. Esses dispositivos jurídicos apontam para uma compreensão da saúde mental vinculada à cidadania, reconhecendo a pessoa com transtorno mental como sujeito de direitos, e não apenas como objeto de intervenção clínica (BRASIL, 2001).

No âmbito das classificações diagnósticas, a CID-11, elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), acompanha essa mudança ao adotar uma leitura menos restrita dos transtornos mentais. A classificação considera que o sofrimento psíquico se manifesta em contextos específicos de vida, incorporando fatores que atravessam a experiência da doença. No caso da esquizofrenia, essa abordagem amplia as possibilidades de cuidado ao considerar não apenas os sintomas, mas

também as condições de vida que interferem no curso do transtorno e no acesso a direitos básicos.

Os avanços normativos não eliminaram os obstáculos à efetivação desses direitos. Estudos apontam que o estigma associado aos transtornos mentais continua operando como fator de exclusão. Nascimento e Leão (2019) mostram que representações sociais negativas seguem limitando oportunidades de inserção social, especialmente no trabalho e na educação. Barreiras simbólicas e institucionais ainda operam como fatores centrais na produção dessas restrições, mantendo processos de desigualdade e isolamento.

A intersetorialidade passa a orientar a formulação das políticas de saúde mental. De acordo com Brito e Silva (2022) e Costa e Lotta (2021), o cuidado integral depende da articulação entre diferentes áreas do Estado, evitando respostas fragmentadas. Na prática, a RAPS integra CAPS com UBS e hospitais de forma articulada, evitando que pacientes com esquizofrenia fiquem sem atendimento contínuo.

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) atua de forma complementar, oferecendo benefícios e acompanhamento a pessoas em situação de vulnerabilidade. A educação contribui com estratégias de permanência escolar, enquanto as políticas de trabalho e renda buscam criar condições para a autonomia econômica. Essa atuação conjunta não se limita à oferta de serviços, mas envolve a criação de condições reais para o exercício da cidadania.

Do ponto de vista jurídico, a Lei nº 10.216/2001 está fundamentada em princípios constitucionais, em especial o da dignidade da pessoa humana. Também se relaciona com debates atuais do direito, como a vedação à proteção insuficiente. Conforme aponta a literatura jurídica (SANTOS, 2023), a omissão estatal na implementação de políticas voltadas às pessoas com transtornos mentais configura violação de direitos fundamentais, equiparável a práticas discriminatórias explícitas, o que reforça a responsabilidade do Estado na concretização das garantias previstas em lei.

A articulação entre a Lei nº 10.216/2001, a CID-11 e as políticas públicas intersetoriais pode ser compreendida como um modelo de cuidado em saúde mental que ultrapassa a lógica exclusivamente clínica. Esse complexo normativo orienta práticas que envolvem acesso a direitos, participação social e inclusão, oferecendo referências concretas para a organização dos serviços e para a atuação estatal, em concordância com os princípios do Sistema Único de Saúde e das políticas sociais brasileiras.

3.2.1 A arquitetura da reforma: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A exclusão social vivenciada por pessoas com esquizofrenia frequentemente se manifesta em trajetórias marcadas pela ruptura de vínculos familiares, abandono institucional e permanência nas ruas. Nesses contextos, o uso de substâncias psicoativas surge, muitas vezes, como uma tentativa de alívio do sofrimento psíquico, agravando ainda mais a condição de vulnerabilidade desses indivíduos. Nesse cenário, a literatura destaca a importância da reforma psiquiátrica e das novas possibilidades de tratamento centradas no cuidado em liberdade e na reinserção social, em oposição a práticas de exclusão social ou institucionalização prolongada.

Por meio do SUS, com os princípios de universalidade, integralidade e equidade, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi implementada para ampliar e democratizar o cuidado, por meio de intervenções multidisciplinares, levando em consideração a dimensão do Brasil, sua multiterritorialidade e os diferentes casos e contextos sociais dos indivíduos atendidos (SANTOS, 2023; OLIVEIRA, 2024).

Instituída pela Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde, a estrutura da RAPS dentro do Sistema Único de Saúde se divide entre: atenção básica, onde é realizado o primeiro acesso, a triagem dos pacientes e os devidos encaminhamentos; a atenção secundária, onde estão incluídos os CAPS I, II, III, CAPS AD e o CAPS infantil, onde são disponibilizados tratamentos intensivos e semi-intensivos, atuando como referência territorial e promovendo cuidado sem a necessidade da permanência do indivíduo em instituição de caráter asilar ou de privação de liberdade.

Além dos principais centros de atendimento voltados para a saúde mental, incluem-se também os serviços de emergência, como o SAMU e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que devem estar preparados para o acolhimento de crises psiquiátricas com suporte adequado. As Unidades de Internação em Hospitais Gerais realizam internações breves, com acompanhamento da equipe da RAPS, evitando a institucionalização prolongada. Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), por sua vez, oferecem moradias assistidas para pessoas que apresentam dificuldades em manter uma vida de forma independente, com vistas à reintegração social e à promoção da autonomia (BRASIL, 2011). Exemplos históricos de institucionalização prolongada podem ser observados em casos emblemáticos como os do Hospital Colônia de Barbacena (ARBEX, 2013).

3.2.2 O pilar da rede: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Promulgada em 19 de fevereiro de 2002, a Portaria nº 336 estabelece diretrizes para a implantação e funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, o CAPS, configurando-se como um dos principais dispositivos da rede pública de saúde mental no Brasil, de caráter gratuito, voltado ao atendimento de pessoas com transtornos mentais, com diferentes modalidades de cuidado, desde o público infantil até usuários de substâncias psicoativas.

É determinado em lei que cada cidade deve possuir pelo menos uma unidade de atenção psicossocial acima de 15 mil habitantes, os denominados CAPS I, onde são oferecidos atendimentos multidisciplinares a todas as idades, contudo com limitações quanto ao horário de funcionamento. O CAPS II é determinado para cidades acima de 70 mil habitantes, oferecendo atendimento mais abrangente, com foco em casos mais graves. Já o CAPS III é destinado a cidades ou municípios com mais de 200 mil habitantes, voltado a casos de maior gravidade e situações de urgência, devendo funcionar 24 horas por dia.

Outros tipos de CAPS existentes são o CAPS i, que é especializado no atendimento infantil, e o CAPS AD, voltado para o suporte de indivíduos com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, que podem apresentar sintomas psíquicos graves, condição frequentemente associada a quadros de esquizofrenia (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

3.2.3 Práticas de cuidado: o Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Diante da complexidade dos quadros de esquizofrenia, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) configura-se como uma estratégia para garantir um cuidado adaptado às necessidades de cada indivíduo. O transtorno, caracterizado por elevada variabilidade clínica, demanda um atendimento especializado para cada caso, desse modo o PTS mostra-se relevante para a organização do cuidado, permitindo um acompanhamento contínuo ao longo do tempo e facilitando a observação de variações do quadro clínico (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Além disso, é comum que pacientes com esquizofrenia apresentem transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. De acordo com Ferreira et al. (2025), cerca de 47% desses indivíduos apresentam tais condições, o que reforça a necessidade de estratégias de cuidado integradas e contínuas, especialmente em contextos de vulnerabilidade social.

4 DISCUSSÃO

Os preconceitos e estigmas associados a pessoas com transtornos mentais deixam de ser algo que existe apenas no imaginário da população e passam a configurar-se como um fator de exclusão e segregação, gerando um sofrimento psíquico ainda maior para os indivíduos que já sofrem com TEE, resultando na restrição de direitos básicos e em processos de invisibilização social.

Essas ideias vexatórias, se reproduzem historicamente, passam a orientar comportamentos coletivos, uma vez que o preconceito não reside apenas na esfera pessoal, mas sim no imaginário popular, devido a séculos de construção, remetendo à própria origem da palavra grega “estigma”. Trata-se, portanto, de um fenômeno profundamente enraizado na sociedade, de difícil superação.

Ainda que avanços significativos tenham ocorrido a partir do século XX, com a atuação da Nise da Silveira e demais personalidades históricas com a luta antimanicomial, observa-se a persistência de práticas e percepções sociais excludentes, tanto na população em geral quanto em instituições estatais. Tais construções sociais depreciativas podem se traduzir em limitações no acesso a políticas públicas e cuidados em saúde, configurando formas de violência institucional, caracterizadas quando indivíduos que deveriam ser acolhidos e protegidos pelo Estado acabam sendo negligenciados (ARONSON et al., 2018; CORRIGAN et al., 2011).

Além disso, essas manifestações podem ser observadas de forma naturalizada no cotidiano social, por meio de piadas, insultos e humilhações, reforçando a inferiorização de um grupo já marginalizado. Essa forma de violência simbólica pode contribuir para o autoestigma e a baixa autoestima, conforme descrito por Corrigan et al. (2011). Desse modo, as violações de direitos não apenas expõem o indivíduo a agressões físicas, mas também contribuem para sua invisibilização social, como aponta Hannah Arendt ao discutir a perda da condição política dos sujeitos (ARENDR, 2007).

Além disso, é necessário considerar o contexto social dos indivíduos, uma vez que o Brasil é marcado por desigualdades estruturais. Nesse sentido, aspectos como classe social e raça configuram-se como determinantes relevantes no acesso e na continuidade do tratamento, especialmente no campo da saúde mental. Observa-se maior prevalência de casos em indivíduos provenientes de contextos marcados por violência social e condições precárias de vida.

Dessa forma, verifica-se que a ausência de garantia de direitos básicos, como moradia e alimentação,

conforme previstos na Constituição Federal de 1988, está associada à dificuldade de acesso a serviços de saúde, especialmente no campo da saúde mental, que ainda pode ser considerado um tema permeado por estigmas sociais. Esse cenário se agrava especialmente quando os indivíduos se encontram em situação de rua, uma vez que a vulnerabilidade social pode aumentar a probabilidade dessa condição, sobretudo entre pacientes esquizofrênicos sem tratamento adequado, em função de fatores como baixa empregabilidade e dificuldades no manejo da doença (IBGE, 2024; ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2021; MALINOWSKI et al., 2024).

Nesse contexto, a literatura aponta que, enquanto o Estado apresenta limitações na provisão de cuidado, sua atuação pode se manifestar de forma mais presente por meio de dispositivos repressivos, como abordagens policiais, que podem intensificar o estigma e a exclusão social (BRITO; SILVA, 2022).

Em contextos de extrema vulnerabilidade, a religiosidade pode assumir papel relevante na ressignificação das experiências dos indivíduos, sendo descrita como espaço de acolhimento e pertencimento social. Nessas situações, instituições religiosas podem funcionar como redes de apoio comunitário, ainda que, em alguns casos, essa dinâmica possa retardar a busca por tratamento especializado quando substitui integralmente a intervenção clínica (LOCH et al., 2020).

Conforme Fernandes et al. (2024), o isolamento vivenciado nas ruas pode ser parcialmente substituído por formas de pertencimento ritual, por meio de práticas como coros coletivos, refeições comunitárias e testemunhos que contribuem para a validação da existência do sujeito (MOURA, 2021; MONTEIRO et al., 2020), alinhando-se aos princípios de inclusão territorial da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Todavia, ao preencher lacunas deixadas pela ausência estatal, esse processo pode postergar o acesso a tratamentos clínicos especializados, especialmente quando substitui integralmente as intervenções preconizadas pela Lei nº 10.216/2001 e pela CID-11 (BRASIL, 2001; OMS, 2019), o que evidencia a necessidade de articulação entre redes religiosas e serviços profissionais de saúde, a fim de reduzir os riscos de agravamento dos quadros clínicos.

Corroborando com os dados apresentados, quando essas pessoas se encontram sem nenhum tipo de suporte estatal, familiar ou institucional, as drogas podem assumir a função de automedicação, visando alívio do sofrimento psíquico (BRITO; SILVA, 2022), o que pode levar a um ciclo de agravamento clínico, incluindo piora do prognóstico, declínio cognitivo, isolamento social e consequente invisibilização do indivíduo, com comprometimento de sua condição de sujeito,

aproximando-se da ideia de “mortos-vivos”, descrita por Hannah Arendt (ARENDR, 2007).

Diante das violências cotidianas, os indivíduos impactados pelos transtornos do espectro da esquizofrenia podem internalizar processos de desassistência, contribuindo para a naturalização do desamparo social. Isso ocorre porque, devido à construção social do diagnóstico, sua imagem como sujeitos dignos de cuidado é fragilizada, levando ao consequente afastamento do tratamento. Nesse sentido, Santos et al. (2023) destacam que o estigma internalizado contribui para o isolamento e a baixa autoestima dos usuários. Já Onocko-Campos e Furtado (2021) apontam que a fragilidade das redes de cuidado e a naturalização do sofrimento psíquico reforçam a invisibilidade desses sujeitos na sociedade.

Nesse contexto, a Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) configura-se como um marco normativo central, estabelecendo a igualdade de direitos civis e sociais para pessoas com transtornos mentais (art. 2º), o atendimento humanizado em liberdade (art. 3º) e a proibição explícita de discriminação, estigmatização ou tratamento desumano (art. 4º) (BRASIL, 2001). Alinhada à Reforma Psiquiátrica Brasileira, ela incentiva a transição para cuidados territoriais via Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), priorizando CAPS e serviços comunitários em detrimento de manicômios, com vistas à promoção da inclusão social e à redução de violações estruturais.

Contudo, sua efetividade enfrenta limitações diante da persistência de violências cotidianas. Embora represente um avanço no campo normativo sua aplicação mostra-se desigual, especialmente em contextos periféricos, sendo impactada pelo subfinanciamento crônico dos CAPS (OLIVEIRA, 2024; SANTOS, 2025) pela seletividade na aplicação a populações em situação de rua e pela permanência de estigmas que contribuem para o abandono de pacientes com esquizofrenia. Esse cenário aponta para a necessidade de não apenas fiscalização, mas também de reformulações estruturais, capazes de enfrentar vulnerabilidades interseccionais, como pobreza e criminalização (BAQUERO, 2025).

Ainda que a Lei 10.216/2001 tenha sido implementada, e com ela foram desenvolvidos mecanismos como RAPS e CAPS, a violência institucional contra populações vulnerabilizadas permanece como um desafio relevante, incluindo práticas de violência simbólica e médica. Conforme relatado por Brito e Silva (2022, p. 156): “Gosto de vir aqui [CnaR] porque sou bem tratada. Nos outros lugares, olham com nojo e temo ser vista como 'cracuda' que ocupa espaço de gente 'doente de verdade', com risco de

violência letal por preconceito, como injeção na veia ou morte por HIV”.

Mesmo que esse relato se refira a uma pessoa com dependência química, ele evidencia como processos de desumanização e estigmatização impactam diferentes grupos marginalizados, dificultando o acesso a tratamentos adequados, especialmente em quadros esquizofrênicos. Dessa forma, torna-se pertinente problematizar a efetividade das legislações nacionais, uma vez que a garantia de direitos depende não apenas de sua formalização, mas também de mudanças culturais e institucionais. Não basta assegurar o atendimento humanizado; é necessário garantir condições de vida dignas, oportunidades reais de participação social e políticas públicas que promovam a proteção contra a discriminação e diferentes formas de violência.

4.1 Limitações do estudo

Este estudo apresenta limitações, uma vez que foi desenvolvido utilizando cerca de 85% de fontes brasileiras, o que resulta em uma perspectiva predominantemente nacional e territorialmente concentrada, considerando que grande parte dos materiais analisados provém da região sudeste do país. Dessa forma, o estudo se insere em um recorte nacional, sendo recomendável que pesquisas futuras incorporem dados que contemplem outras regiões do Brasil, bem como contextos internacionais, a fim de ampliar a análise e a compreensão do tema.

Cabe destacar que, por se tratar de um estudo teórico-reflexivo, fundamentado em revisão bibliográfica narrativa, este trabalho não incorpora vozes diretas de todas as pessoas afetadas por esquizofrenia, limitando-se às narrativas já publicadas em estudos científicos. Nesse sentido, pesquisas futuras podem ampliar essa abordagem por meio de metodologias participativas, centradas nos indivíduos diagnosticados como protagonistas de suas próprias histórias, e não apenas como sujeitos de análise.

Além disso, a interseccionalidade foi abordada de forma geral; contudo, outros recortes podem ser explorados, como sexualidade, deficiências, gênero e outras identidades relacionadas à esquizofrenia em contextos de vulnerabilidade social. Este estudo concentra-se especificamente no espectro da esquizofrenia, não analisando de forma aprofundada outros transtornos psiquiátricos, como depressão, transtorno bipolar ou transtornos de ansiedade. Adicionalmente, o recorte temporal de cinco anos (com exceção de obras clássicas) pode ter limitado a inclusão de outros estudos relevantes.

Por fim, este estudo prioriza a análise de pessoas com esquizofrenia em situação de rua ou extrema vulnerabilidade. Nesse contexto, considera-se que o estigma pode se manifestar de formas distintas em indivíduos que vivem em ambientes mais estáveis, com acesso a tratamento contínuo e de qualidade. Assim, pesquisas futuras podem comparar esses diferentes contextos de vida, contribuindo para uma compreensão mais abrangente das variações no impacto do estigma.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, este trabalho buscou discutir como estigmas históricos, vulnerabilidade social e religiosidade se entrelaçam, levando à baixa efetividade dos direitos sociais, à inclusão e à consequente progressão do diagnóstico e tratamento de pessoas com esquizofrenia, especialmente quando esses indivíduos vivem em condições de precariedade socioeconômica.

Os dados apresentados revelam que os preconceitos contra pessoas com esquizofrenia não nascem de julgamentos pessoais isolados, mas de uma articulação complexa entre construção social e negligência estatal. Segundo Goffman (1988), esses preconceitos funcionam como mecanismos históricos que estruturam a exclusão na sociedade brasileira, com consequências concretas, contribuindo para processos de desumanização e exclusão social. Quando se soma essa condição a fatores como pobreza, raça e situação de rua, a rejeição social se multiplica (ARENDT, 2012, p. 11).

Conforme o Censo 2022, 72,9% dos moradores de favelas no Brasil são negros (IBGE, 2024), e, segundo o Censo Pop Rua de Belo Horizonte, 57,2% das pessoas em situação de rua declaram transtornos mentais, sendo que a esquizofrenia aparece 5 vezes mais do que em outras populações (GARCIA et al., 2023). Esses dados não são coincidência, mas revelam uma estrutura social: pessoas negras, pobres e com esquizofrenia vivem sob violências simultâneas, como racismo institucional, abandono estatal e falta de acesso aos tratamentos adequados. Cada uma dessas barreiras reduz drasticamente as chances de um diagnóstico e cuidado continuado. Diante desse cenário de exclusão, a Lei nº 10.216/2001 representou um avanço importante, mas insuficiente (BRASIL, 2001).

A luta antimanicomial, em conjunto com a Lei nº 10.216/2001, abriu caminho para um cuidado menos hospitalocêntrico (BRASIL, 2001). Entretanto, entre a garantia formal de direitos na lei e a experiência real das pessoas, há um abismo, marcado pela persistência de violência institucional, redes precarizadas e ausência de respostas efetivas para indivíduos em extrema vulnerabilidade. Brito e Silva (2022) documentaram

relatos que evidenciam essa realidade: muitos pacientes têm medo de serem humilhados, discriminados ou invisibilizados dentro de serviços que deveriam acolhê-los.

A religiosidade se insere especialmente nas periferias, onde, por vezes, o Estado se mostra ausente e sua presença ocorre majoritariamente de forma repressiva. Nesse contexto, a religião se articula como uma das principais redes de apoio social (IBGE, 2024; MONTEIRO et al., 2020; FERNANDES et al., 2024). Para uma pessoa com alucinações, uma explicação espiritual pode ser mais acolhedora do que um diagnóstico clínico. Em contextos de vulnerabilidade, instituições religiosas frequentemente oferecem suporte comunitário mais acessível do que os serviços formais de saúde.

O problema ocorre quando essa alternativa deixa de ser complementar e passa a substituir o cuidado especializado, podendo retardar o acesso ao tratamento adequado. Estudos indicam que, em alguns casos, sintomas psicóticos são reinterpretados como manifestações espirituais, o que pode levar à busca por intervenções religiosas em detrimento do acompanhamento clínico (PIETKIEWICZ et al., 2021).

Esse aspecto evidencia o caráter ambivalente da religiosidade em contextos de vulnerabilidade, podendo atuar tanto como estratégia de acolhimento quanto como fator que interfere no acesso ao cuidado. Por outro lado, também apresenta efeitos positivos, como redução do uso de substâncias, fortalecimento do senso de comunidade e melhora no enfrentamento psicossocial (MONTEIRO et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2025). Assim, o ideal não é a substituição, mas a articulação entre espiritualidade e cuidado em saúde mental.

As políticas de saúde mental, portanto, não podem ser implementadas de maneira abstrata. É imprescindível considerar raça, classe social, território e religiosidade como fatores que moldam o desenvolvimento e o curso da esquizofrenia (CORRIGAN et al., 2011; MALINOWSKI et al., 2024; BRITO; SILVA, 2022).

Na prática, isso implica que equipes da RAPS e dos CAPS reconheçam essas dimensões como elementos que interferem diretamente no tratamento. Implica também o enfrentamento da violência institucional e das práticas discriminatórias que afastam os indivíduos do cuidado.

Dessa forma, pensar a esquizofrenia para além do diagnóstico clínico significa reconhecer as marcas históricas e sociais que a atravessam. Trata-se não apenas de um exercício acadêmico, mas de um imperativo ético: é necessário que esses indivíduos

deixem de ser culturalmente tratados como “mortos-vivos” e passem a ser reconhecidos como sujeitos de direitos, dignidade e participação social.

Portanto, para que a reforma psiquiátrica deixe de ser um campo de luta contínua, é necessário implementar mudanças que envolvam diferentes atores. Para gestores públicos, é imprescindível garantir financiamento adequado e permanente às redes de atenção psicossocial, especialmente em territórios periféricos. Para as equipes de saúde, é fundamental investir em formação continuada voltada ao enfrentamento do estigma e à compreensão das dimensões sociais do sofrimento psíquico. Para a comunidade científica, destaca-se a necessidade de ampliar estudos que incorporem as vozes de pessoas diagnosticadas como protagonistas de suas próprias experiências.

Para a sociedade como um todo, torna-se necessário transformar narrativas que perpetuam estigmas e exclusão, reconhecendo as pessoas com esquizofrenia como participantes plenos da vida social, com direito à educação, trabalho e cidadania.

Trata-se de um desafio contínuo no campo da saúde mental, mas também de um compromisso ético e social com a construção de um sistema mais inclusivo. Enquanto essas transformações não se consolidarem, a reforma psiquiátrica permanecerá inacabada, e pessoas com esquizofrenia em situação de vulnerabilidade continuarão sendo privadas de seu direito fundamental a uma vida digna, não por ausência de legislação, mas por insuficiência de sua efetivação.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ALVES, J. S.; TORRES, A. R. **Religiosity and spirituality in mental health: nurses' training, knowledge and practices**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, p. e20200345, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/rjeben/a/NWzcNsbrBgwHyQbYYNKXyLK/?lang=pt>. Acesso em: 29 dez. 2025.
- ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- ARENDT, Hannah. **Origens do totalitarismo**. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

ARONSON, Elliot; WILSON, Timothy D.; AKERT, Robin M.; SOMMERS, Samuel R. **Psicologia social**. 9. ed. São Paulo: LTC, 2018.

BAQUERO, O. S. **Ecologia de violências nas periferias urbanas em tempos de necropolítica**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. e350201, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Kb9mVFVbDkJyLT3cxwMdtqp/>. Acesso em: 18 dez. 2026.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 9 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece diretrizes para a implantação e funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <https://italorodrigo.com.br/wp-content/uploads/2018/05/Portaria-366-de-19-de-Fevereiro-de-2002-CAPS.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 dez. 2011. Disponível em: <https://resende.rj.gov.br/conteudo/downloads/Portaria-3088-2011.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Terapêutico Singular**. Caderno de Atenção Psicossocial, n. 3. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_psicossocial_3_pts.pdf. Acesso em: 9 nov. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Brasil fora do Mapa da Fome: balanço atualizado**. Brasília, DF: MDS, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/brasil-sem-fome/balanco/balanco_atualizado_mapa_da_fome.pdf. Acesso em: 19 dez. 2025.

BRITO, C.; SILVA, L. N. da. **População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 1, p. 151-160, jan. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7LPJ5Lk7TZkZSG9fnprTPyg/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 9 out. 2025.

CORRIGAN, Patrick W. et al. **Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices**. *World Psychiatry*, v. 8, n. 2, p. 75-81,

2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19516923/>. Acesso em: 9 out. 2025.

COSTA, M. I. S.; LOTTA, G. S. **De "doentes mentais" a "cidadãos": análise histórica da construção das categorias políticas na saúde mental no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 2, p. 3467-3479, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26suppl2/3467-3479/pt/#>. Acesso em: 9 out. 2025.

DAMIÃO JUNIOR, Maddi. **Fundamentos do método de Nise da Silveira: clínica, sociedade e criatividade**. *Junguiana*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 91-100, 2021. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-08252021000100007. Acesso em: 4 abr. 2026.

FERREIRA, A. A. et al. **Desafios no diagnóstico da esquizofrenia diante do uso crônico de substâncias**. *Revista Foco*, v. 18, n. 10, p. e10110, 2025. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/10110>. Acesso em: 9 nov. 2025.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 2006.

GARCIA, F. D. et al. **IV Censo de população em situação de rua do município de Belo Horizonte 2022: BH + Inclusão**. Belo Horizonte: Itrium Consultoria, 2023. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/topicos/censo-pop-rua-2022/>. Acesso em: 19 dez. 2025.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

IBGE. **Panorama do Censo 2022**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?localidade=B.R>. Acesso em: 4 jan. 2026.

LEAL, V. P. **Estigma contra a esquizofrenia entre médicos: papel da estereotipagem negativa e periculosidade percebida**. 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/226944>. Acesso em: 9 out. 2025.

LOCH, A. A. et al. **Hearing spirits? Religiosity in individuals at risk for psychosis: results from the Brazilian SSAPP cohort**. *Schizophrenia Research*, v.

204, p. 353-359, 2019. DOI: 10.1016/j.schres.2018.09.020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.09.020>. Acesso em: 2 jan. 2026.

MALINOWSKI, F. et al. **Slum living predicts psychosis severity in first-episode patients.** *Nature Cities*, v. 1, p. 576-586, 2024. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s44284-024-00109-6>. Acesso em: 19 nov. 2025.

MONTEIRO, D. D. et al. **Espiritualidade/religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão.** *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*, São Paulo, v. 40, n. 98, 2020. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000100014. Acesso em: 2 jan. 2026.

MOURA, L. M. S. **Preconceito, religiosidade e representações sociais: articulações sobre a esquizofrenia.** 2021. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/32946/3/LinnikerMatheusSoaresDeMoura_Dissert.pdf. Acesso em: 2 jan. 2026.

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*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 103-121, jan./mar. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/sNMq8fztJLGCfvsQ47ckrSn/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 7 dez. 2025.

OLIVEIRA, B. C. D. et al. **A experiência da espiritualidade no enfrentamento e prevenção do comportamento suicida.** *Research, Society and Development*, v. 14, n. 2, p. e9314250075, 2025. DOI: 10.33448/rsd-v14i2.50075. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/download/50075/39168/509575>. Acesso em: 29 dez. 2025.

OLIVEIRA, E. F. A. **O financiamento federal dos CAPS no Brasil: a caixa de Pandora.** *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 141, p. 58-74, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/tpqRzFfvLD8tjN8DGy7Gjd/?lang=pt>. Acesso em: 4 jan. 2026.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. **Itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o cuidado em saúde mental.** *Saúde em Debate*, São Paulo, v. 45, n. 128, p. 91-104, jan./mar. 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/sdeb/2021.v45n128/91-104/>. Acesso em: 9 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-11: Classificação Internacional de Doenças, 11ª revisão.** Genebra: OMS, 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em: 2 jan. 2026.

PIETKIEWICZ, I. J. et al. **Revisiting false-positive and imitated dissociative identity disorder.** *Frontiers in Psychology*, v. 12, p. 637929, 2021. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/article/s/10.3389/fpsyg.2021.637929/full>. Acesso em: 29 dez. 2025.

PIRES, R. R. et al. **O cuidado em saúde mental e a participação política de usuários e familiares na ressignificação do estigma sobre os transtornos mentais.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 33, p. e33038, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2023.v33/e33038/#>. Acesso em: 9 out. 2025.

SANTOS, Juarez Cirino dos. **A lei antimanicomial: um modelo revolucionário de saúde mental.** *Boletim IBCCRIM*, São Paulo, v. 31, n. 373, p. 5-9, 2023. DOI: 10.5281/zenodo.10186062. Disponível em: https://publicacoes.ibccrim.org.br/index.php/boletim_1993/article/view/828. Acesso em: 4 abr. 2026.

SANTOS, S. R. L. dos. **História da criação da esquizofrenia.** *Revista Contemporânea*, v. 5, n. 7, p. e8606, 2025. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/8606>. Acesso em: 19 nov. 2025.