

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Escola Nacional  
de Saúde Pública  
Sérgio Arouca

Monica Lorencetti Fornazier

**A Judicialização da Saúde:** as internações compulsórias na Região  
Metropolitana I do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2018

Monica Lorencetti Fornazier

**A Judicialização da Saúde:** as internações compulsórias na Região  
Metropolitana I do Rio de Janeiro

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Paulo Duarte Amarante  
Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Paula Guljor

Rio de Janeiro  
2018

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

F727j      Fornazier, Monica Lorencetti.  
              A Judicialização da saúde: as internações  
              compulsórias na Região Metropolitana I do Rio de  
              Janeiro / Monica Lorencetti Fornazier. -- 2018.  
              266 f.

              Orientador: Paulo Duarte Amarante.  
              Coorientadora: Ana Paula Guljor.  
              Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola  
              Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de  
              Janeiro, 2018.

              1. Judicialização da Saúde. 2. Reforma dos Serviços  
              de Saúde. 3. Psiquiatria. 4. Saúde Mental. I. Título.

CDD – 23.ed. –

362.21098153

Monica Lorencetti Fornazier

**A Judicialização da Saúde:** as internações compulsórias na Região  
Metropolitana I do Rio de Janeiro

Tese apresentada ao Programa de Pósgraduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde

Aprovada em: 28 de maio de 2018

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Paola Frare  
Universidade Federal Fluminense

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Magalhães de Mendonça  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Isabel Teresa Pinto Coelho  
Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gisele O'Dwyer de Oliveira  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Freis Guljor (segunda orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante (orientador)  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro  
2018

Dedico este trabalho aos meus pais e irmãos, aos mestres que me auxiliaram nesta construção, em especial Ana Paula Guljor e Paulo Amarante. Um agradecimento especial a Thiago Schubert

## RESUMO

A Reforma Psiquiátrica brasileira e seus desdobramentos sociais e assistências configura-se enquanto um longo e árduo processo de desconstrução política e ética do lugar social historicamente instituído para a loucura, por intermédio da naturalização de determinados saberes e poderes que sobre ela se dobram para toma-la enquanto doença. É também um processo de construção legal, técnico-assistencial, social e cultural de formas outras para o convívio amplo e irrestrito com os sujeitos nas suas diferenças e alteridades, a partir da negação do sequestro pela internação enquanto estratégia assistencial. Partindo destas prerrogativas, esta pesquisa propôs-se a problematizar o fenômeno da Judicialização da Saúde Mental em um dos seus desdobramentos: a internação compulsória. A partir dos dados levantados junto às gestões de Saúde Mental no âmbito do estado do Rio de Janeiro e dois de seus municípios, discutimos a maneira como este fenômeno constitui-se, nos anos referendados, em uma nova modalidade de segregação, apresentada em nova roupagem assistencial e legalista. As internações em instituições psiquiátricas, que outrora contam com respaldo social conferido à especialidade psiquiátrica e sua “competência” passam - em um entrecruzamento que se constitui recentemente na história e a partir do engendramento do medo em torno do desvio e de um segmento da população como estratégia de governamentalidade - também a contar com os operadores de direito, assim com a “justiça”, para que a sua compulsoriedade se efetive e justifique. Entender as formas como os entes estudados lidam, no âmbito de seus processos de trabalho e de seus manejos de gestão, com os mandados para internações compulsórias que para eles são destinados, formas estas que impactam não apenas no desenho da rede de cuidado, mas também na vida dos sujeitos, configura-se enquanto objetivo final.

Palavras-chave: Judicialização da Saúde, Internação Compulsória, Reforma Psiquiátrica

## ABSTRACT

The Brazilian Psychiatric Reform as well as its social ramifications and assistance is a long and arduous process of political and ethical deconstruction of the social place historically instituted for madness, through the naturalization of certain knowledge and powers that makes it be seen as a disease. It is also a process of legal, technical-assistance, social and cultural construction of other forms for the broad and unrestricted coexistence with the individuals in their differences and otherness, from the denial of the sequestration by the hospitalization as a care strategy. Based on these prerogatives, this research proposed to problematize the phenomenon of the Judicialisation of Mental Health in one of its consequences: compulsory hospitalization. Supported by the data collected from Mental Health in the context of the state of Rio de Janeiro and two of its municipalities, we discuss how this phenomenon is constituted, in the years aforementioned, in a new modality of segregation, presented in a new assistance and legalistic apparel. The hospitalizations in psychiatric institutions, which once had social backing conferred on the psychiatric specialty, and its “competence”; pass - in a crisscross that is recently in history and from the engendering of fear around the deviation and a segment of the population as governmentality strategy. Legal operators as well as “justice”; also make their contribution, so that their compulsoriness is effective and justified. Finally, the last objective is the understanding of the ways in which the entities studied deal with the mandates for compulsory hospitalizations that are intended for them, in the scope of their work processes and management processes, which impact not only the design of the healthcare network, but also in the life of the individuals.

Keywords: Health Judicialisation, Compulsory Internment, Psychiatric Reform, Mental Health

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

<b>QUADRO 1-</b> Internações Região Metropolitana I-RJ (ANO 2013)	176
<b>QUADRO 2-</b> Internações Região Metropolitana I-RJ (ANO 2014)	176
<b>QUADRO 3-</b> Internações Região Metropolitana I-RJ (ANO 2015)	177
<b>QUADRO 4-</b> Rede de Saúde Mental implantada no Estado do RJ	181
<b>QUADRO 5-</b> Rede de Saúde Mental implantada na Região Metropolitana I-RJ	182
<b>QUADRO 6-</b> Cronograma Anual de Implantação de Residências Terapêuticas no município do RJ	184
<b>TABELA 01:</b> Total de AHI apresentadas no Município do Rio de Janeiro	186



## **ANEXOS**

<b>ANEXO 1 - Roteiro Semi-estruturado de Entrevista (estado)</b>	245
<b>ANEXO 2 - Roteiro Semi-estruturado de Entrevista (municípios)</b>	246
<b>ANEXO 3 - Protocolo de Regulação das Internações em Instituições Psiquiátricas</b>	248
<b>ANEXO 4 - Nota Técnica para a Regulação das Internações em Instituições Psiquiátricas no Estado do Rio de Janeiro</b>	252
<b>ANEXO 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Gestor-Est.)</b>	255
<b>ANEXO 6 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Gestor-RJ)</b>	259
<b>ANEXO 7 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Gestor-NI)</b>	263

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	10
<b>CAPÍTULO 1: PERCURSOS METODOLÓGICOS: QUANDO A ESCRITA SE AVIZINHA DE UMA ARQUEOLOGIA</b>	18
1.1 MÉTODO E TÉCNICA	30
1.2. CAMPO: DADOS GERAIS	33
1.3. TRATAMENTO DOS DADOS	36
<b>1.3.1. Formas de regular internações e encaminhamentos</b>	37
1.4 ASPECTOS ÉTICOS	42
<b>CAPÍTULO 2: REFORMA PSIQUIÁTRICA: A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO ENQUANTO PRERROGATIVA ÉTICA</b>	44
2.1. A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO ENQUANTO PROCESSO DE DESCONSTRUÇÃO DOS ESPAÇOS INSTITUCIONAIS DE “EXCEÇÃO”	50
2.2. DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: ALGUNS PRECEITOS HISTÓRICOS	62
2.3 A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO ITALIANA: DA NEGAÇÃO À POTÊNCIA DA REINVENÇÃO	70
<b>CAPÍTULO 3: LOUCURA, DOENÇA MENTAL E PERICULOSIDADE: AQUELES A QUEM SE DEVE INVISIBILIZAR</b>	80
3.1. LOUCURA: AS ÉPOCAS E SEUS NOMES	82
<b>3.1.1. Silêncio (ausência de obra): O Imperativo da Razão e a Loucura tal qual nos anuncia Foucault</b>	96
<b>3.1.2. Do Grande Enclausuramento ao Asilamento: a Tecnologia Pineliana</b>	104
3.2. MEDO E PERIGO: AS NOVAS MARCAS DA LOUCURA	117
<b>CAPÍTULO 4: JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE. UMA DOBRA DA JUDICIALIZAÇÃO DA VIDA</b>	131
4.1. A ARTE DE GOVERNAR	137
4.2. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: ALGUNS APONTAMENTOS TEÓRICOS	145
<b>4.2.1 A Judicialização da Saúde enquanto Tutela do Estado</b>	148

<b>CAPÍTULO 5: AS INTERNAÇÕES EM PSIQUIATRIA: O AVESSE</b>	161
<b>ETICA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO</b>	
5.1. A CONSOLIDAÇÃO DO ESPAÇO INSTITUCIONAL DO MANICOMIO E DA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	162
5.2 PARQUE MANICOMIAL BRASILEIRO E FLUMINENSE	167
<b>5.2.1 Encerramento das Instituições Psiquiátricas no Estado</b>	169
<b>5.3 AINDA INTERNAÇÕES EM PSIQUIATRIA NO ESTADO E CONFORMAÇÃO DA RAPS</b>	174
<b>5.3.1 Dados da RAPS no município do Rio de Janeiro</b>	183
<b>5.3.2 Dados da RAPS no município de Nova Iguaçu</b>	187
<b>CAPÍTULO 6: JUDICIALIZAÇÃO DO DESVIO: AS INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS EM QUESTÃO</b>	189
6.1 DADOS DAS INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS NO ESTADO, NOS MUNICÍPIOS DO RIO DE JANEIRO E NOVA IGUAÇU E MANEJOS DE GESTÃO	194
6.2. ALGUNS ATRAVESSAMENTOS	215
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	225
<b>REFERÊNCIAS</b>	228
<b>ANEXOS</b>	244

## INTRODUÇÃO

Falar a Loucura é falar mais sobre o homem do que pensamos. É falar mais sobre nós do que sobre aquilo que nos é estranho. É falar sobre nossas baixezas, não porque loucura se coloca, a partir de uma avaliação moral, enquanto aquilo da qual devemos nos distanciar. Mas porque a forma como pensamos a loucura, ao longo da história, nos indica uma certa forma de estar no mundo, uma certa forma de como nele nos movimentamos e nos vemos. Porque a maneira como a enunciamos e visibilizamos é motivada por uma escolha antes ética do que técnica. Se a loucura serviu para instrumentalizar a forma como o homem se pensa e se define – seja por identificação ou por sua negação – há aí uma escolha ética a respeito deste “estar”. De certa maneira e ao final, é sobre esta escolha e sobre este estar no mundo que este trabalho dissertará.

Os primeiros passos dados em direção à cidade do Rio de Janeiro não aconteceram pelos caminhos (teórico-práticos) da Loucura. Acontecem, num primeiro momento, por intermédio de uma outra temática, a do Trabalho. Ainda que pareçam dois percursos distintos, eles estiveram relacionados e imbricados, sem nunca terem se separado por completo desde então.

Minha carta de apresentação para o “aceite” na Especialização em Saúde do Trabalhador (CESTH/FIOCRUZ), porta de entrada para esta trajetória de pós-graduação que por ora se encerra, dizia da (por mim suposta) estória de vida de um homem que diariamente oferecia seus serviços em frente a um supermercado, próximo à casa dos meus pais. Proprietário de sua própria ferramenta de trabalho, um carrinho de mão, também confeccionou para si um crachá, contendo nome, idade e sua profissão: “entregador”. Marcas identitárias que, nos dizem, necessárias à demarcação de um lugar no mundo e de aprovação-reconhecimento social. Lugares naturalizados. Naturalizados de tal forma que esquecemos de nos perguntar se servem para toda-os, de questionar sua legitimidade para validar a condição de sujeito das pessoas.

A carta dizia maios ou menos assim: após o nome, o local que ocupamos no mundo por intermédio daquilo que realizamos para “transformar a natureza” e, a partir dele, garantir a nossa reprodução social. A ideia, à época, era discutir e problematizar o porquê desta necessidade de demarcação. Que mundo, que configurações de forças são essas, que nos impele a querer, desejar, nos localizarmos no mundo a partir daquilo que produzimos? Que materialidade de vida é esta conferida pela “identidade” relacionada

à atividade do trabalho? Se ele nos falta, se nos falha, o que se tem? Se nos é negado, o que sobra? Se está impossibilitado, como nos apresentamos ao mundo e como com ele nos relacionamos? Se nos é retirado, o que somos? Não conseguir estar-participar deste mundo (do trabalho) é um caminho para sucumbir ao sofrimento? Como manter-se “são”?

No momento em que os atributos vinculados ao trabalho para caracterizar o *status* que situa e classifica um indivíduo na sociedade pareciam ter-se imposto definitivamente, em detrimento de outros suportes de identidade, como o pertencimento familiar ou a inscrição numa comunidade concreta, que essa centralidade é brutalmente colocada em questão enquanto sentido da experiência humana (...) uma odisseia se transforma em drama (CASTEL, 1998, p.495-6).

Wievioka (1997, p. 37) nos diz de uma nova configuração de mundo anteriormente sedimentada em torno do trabalho, que imprime à modernidade tardia a marca de uma "subjetividade negada, arrebatada, esmagada, infeliz, frustrada", onde a violência, de todas as ordens, se configuraria enquanto "voz do sujeito não reconhecido, rejeitado e prisioneiro da massa desdenhada pela exclusão e pela discriminação racial". Curvas e invaginações onde trabalho e sofrimento mental se encontram.

Parece estarmos sendo cotidianamente convidados a pensar, como nos sugere Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1999), numa dinâmica atual de erosão do processo de modernização, que aponta para a desagregação da sociedade de produtores e do Estado de Bem-Estar Social que pressupunham, nas suas bases, o pleno emprego, a seguridade social e a oferta-garantia de Políticas Públicas. Dinâmica que também endossa um processo generalizado de vulnerabilidade social, presente nas mais diversas formas de precarização – seja das relações de trabalho, dos afetos, das subjetividades ou das condições concretas e materiais de vida – e que tem na exclusão social seu signo mais concreto e recorrente.

Ainda como nos apontam Minayo-Gomez e Thendim-Costa (*idem*), exclusão esta que não se limita à ausência de acesso a bens e serviços, mas que também nega acesso à justiça social (enquanto possibilidade de equidade) e à cidadania (esta enquanto “direito” à cidade). É que “competitividade e rentabilidade não combinam com solidariedade e coesão social” (*idem*, p. 04). Quais seriam os novos excluídos? Eles são, de fato, tão novos assim?

Se estas questões aqui se colocam é porque, mesmo que não tenhamos intencionado discutir o entrecruzamento entre a “ética do trabalho moderno” e o

“grande enclausuramento” ele aparece, ainda que de maneira espalhada, ao longo do texto. E um dos temas que os une (e.o.), suspeitamos e fundamentalmente a partir da discussão efetivada por Michel Foucault (2004) em sua *História da Loucura*, ainda que utilizando de outras roupagens conceituais, é o da criminalização de aspectos da vida de determinados segmentos da população, geralmente os mais vulneráveis, por intermédio da produção social do medo. Mas por quais intermédios?

Se parece correto dizer que uma bibliografia já clássica nas ciências sociais nos sinaliza que, sob a fachada terapêutica-médica-curativa das instituições psiquiátricas cristaliza-se, na verdade, uma prática secular de moralização, contenção, normatização e disciplinarização dos sujeitos socialmente considerados desviantes, também nos parecem correto e coerente denunciar a prisão existente em cada hospital. A partir de um conceito seminal, o de Instituição Total, Erving Goffman (2007) ao final da década de 1960, propõe-se a mostrar que uma única lógica poderia ser encontrada tanto em presídios quanto em manicômios: a da institucionalização.

Ainda que marcadas por consequências práticas distintas – a prisão para os “culpados”, o hospício para os “inocentes” desrazoados, contudo inaptos para a vida em comunidade e virtualmente perigosos – esta institucionalização parece seguir um protocolo comum, a constituição de um espectro de conduta normalizada e normatizada a partir da constituição da figura do “outro”. E funcionaria com um intuito, o apartamento pela segregação. A construção e a instituição de um lugar do lado de fora, ainda que por intermédio da clausura, como nos sugere Pelbart (2009), para aqueles tidos como “supranumerários” e, no extremo, “matáveis”.

Embora estas instituições estejam fortemente ancoradas em compreensões opostas acerca do estatuto ético-jurídico-moral de seus “ocupantes”, o entrecruzamento entre ambas aparece para nós e neste trabalho, por intermédio de uma prática que parece naturalizada na atualidade: a da Judicialização (da Saúde) que, no âmbito da Saúde Mental, pode vir a se materializar por intermédio das internações compulsórias.

Desta maneira trabalhamos, aqui, com a perspectiva de que o espaço prático da judicialização da saúde, que resulta eventualmente no “fazer-se cumprir” dos mandados para internações compulsórias, se apresenta enquanto terreno privilegiado para o encontro entre estes dois saberes-poderes seculares, nem sempre em conformidade e em acordo: a psiquiatria e a justiça. Que encontro é este? Como ele se constitui? Como acontecem sua construção e naturalização e a partir de quais *a priores*?

Através desse processo de judicialização, onde implicam-se médicos, juristas e também familiares e outros profissionais de saúde, as internações em psiquiatria que resultam de compulsoriedade podem ser entendidas enquanto uma “pena” sem crime, pena esta a ser cumprida nesta instituição com características “totais” desde seu engendramento. E a partir de um determinado momento, duplamente intransponível, uma vez que depende não mais exclusivamente da validação do saber-poder psiquiátrico para a “entrada” e “saída” dos sujeitos internados, mas também do lugar de autoridade ocupado pelos operadores do direito e do aparato judicial.

Se ao início deste trabalho pensamos a judicialização dos processos de cuidado em saúde, e que eventualmente resultam num mandado de internação compulsória, como um comprometedor na solidificação dos caminhos da Reforma Psiquiátrica brasileira, como a análise de nossos dados pode corroborar, ou não, com esta hipótese? É a partir da discussão da tensão instalada na trama justiça, saúde mental, internações compulsórias, problematizando as forças sociais aí implicadas, que nos propomos a responder a esta questão, ainda que de maneira parcial.

Sinalizamos inicialmente que a trajetória nossa na pesquisa acontece, a princípio, pelo viés teórico do campo do Trabalho. Contudo, o processo do doutorado foi motivado pela nossa inserção no campo da gestão pública da Saúde Mental. Duas experiências distintas, primeiro na gestão estadual no estado da Bahia, após, na gestão estadual no estado do Rio de Janeiro – ambas junto às suas Coordenações de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – possibilitaram uma primeira experiência junto à judicialização das demandas de saúde. Demandas estas que, ao longo dos anos e progressivamente, aumentaram de maneira exponencial, gerando tanto interesse quanto desconforto, a ponto de configurarem-se enquanto disparadoras das discussões que aqui se apresentam. É também a partir destas experiências de gestão que eventualmente nos colocamos, e falamos, em primeira pessoa neste texto.

A noção de Biopoder, tomada de Michel Foucault (2004a), e apresentada aqui como tecnologia de poder central na análise da construção e desdobramentos do capitalismo na sociedade moderna, foi utilizada como uma ferramenta teórica para colocar grande parte do nosso campo de análise em movimento. Este conceito nos possibilitou adentrar na discussão acerca dos modos de governamentalidade, pensando a partir das racionalidades políticas onde estão inseridas as problemáticas específicas da vida e da população, suas formas de atualização e de gestão. Se a Biopolítica, uma de suas “mecânicas”, para o autor francês se configura como uma tecnologia de poder que

investe na vida, almejando buscar a eficácia máxima da ação da lógica de governo mediante a intervenção junto à população, é possível criar estratégias, ainda que micropolíticas, para dela escapular?

Às perguntas anteriores, somamos outras questões que podem ser colocadas da seguinte maneira: como usar o próprio equipamento estatal para desconstruir espaços e lógicas de clausura, para garantir os processos da Reforma Psiquiátrica, do “cuidado em liberdade” em Saúde Mental, considerando que práticas de assujeitamento e de sujeição são historicamente próprias do funcionamento do Estado? Seria possível construir políticas públicas – suas conduções e articulações, o que aqui chamamos de “manejo de gestão” – para as pessoas que demandam por assistência neste campo sem que isso signifique permitir às práticas de controle e de exclusão seus efeitos correlatos: a criação de sobreviventes, reduzidos a uma sobrevivência biológica, como tanto já vimos no interior dos manicômios?

São muitas as perguntas e não estamos certos se conseguimos equacionar todas elas. Este processo de pesquisa foi fundamentalmente marcado por muitos altos e baixos e isso fica bastante evidente na irregularidade presente no próprio texto. Foucault nos diz da necessidade de recusar os sujeitos que (eventualmente) nos tornamos. Da necessidade das lutas contra as sujeições e de inventar novos modos de ser, capazes de resistir às ‘subjetividades capitalísticas’, anunciadas por Deleuze e Guattari (1976) e, conseqüentemente, resistir às máquinas mortíferas que fomos capazes de inventar e criar. Ao longo destes quatro anos, nem sempre isso foi possível...Abaixo e brevemente, sistematizamos como cada parte do trabalho foi pensado e construído.

No primeiro Capítulo, intitulado “Percurso Metodológico: quando a escrita se avizinha de uma Arqueologia”, dispomo-nos a brevemente apresentar os livros da fase arqueológica do pensador francês Michel Foucault, *História da Loucura* (2014), *O Nascimento da Clínica* (1987), *As Palavras e as Coisas* (1999) e *A Arqueologia do Saber* (1997) e seus “objetos” correspondentes - a loucura, o nascimento da Medicina Moderna e a configuração daquilo por ele considerado saberes modernos, mais particularmente as Ciências do Homem, respectivamente - para apresentar a perspectiva “metodológica” pensada pelo autor francês, a Arqueologia, a partir da qual tomaremos e trabalharemos os textos por nós selecionados, bem como os dados obtidos, para a construção desta pesquisa.

A seguir, no Capítulo intitulado “Reforma Psiquiátrica: a desinstitucionalização enquanto prerrogativa política e ética”, pretendemos discutir no campo da teoria a Reforma Psiquiátrica brasileira, discussão esta instrumentalizada pelas ações operadas por movimentos



antipsiquiátricos engendrados em alguns países europeus, nos Estados Unidos da América e, em especial, pela experiência italiana de Basaglia. A partir dos preceitos destas Reformas, pretendemos sedimentar caminhos para o debate acerca da Judicialização da Saúde e uma sua estratégia, a internação compulsória. Ainda neste capítulo, discutiremos as ações de desinstitucionalização, por nós elencadas enquanto estratégia política e ética, capazes de colocar a nu e evidenciar as ações de exclusão operadas pelas internações em psiquiatria e suas consequências para as vidas dos sujeitos, a partir de um questionamento: qual vida é matável (concreta e simbolicamente)? Este questionamento é realizado a partir do conceito de Biopoder, tal qual elaborado por Michel Foucault nos seus escritos da década de 1970, aquilo que denominamos sua fase “genealógica” (do poder), utilizando enquanto um contraponto as proposições realizadas por George Agamben acerca do mesmo conceito. As discussões apresentadas por intermédio destes marcadores orientarão a nossa construção teórica, que consubstanciará a análise de dados posterior.

No Capítulo 3, intitulado “Loucura, Doença Mental e Periculosidade: aqueles a quem se deve invisibilizar”, iniciamos a discussão com uma proposta relativamente simples: ao tomarmos de empréstimo os títulos de alguns trabalhos realizados por Antônio Pessoti, discorrer sobre as maneiras como a Loucura foi enunciada em alguns períodos específicos da história, tomando como referência, para tanto, alguns nomes da literatura e do saber médico. Esta construção enunciativa, que entendemos enquanto histórica, por isso não “natural”, abrirá precedentes para apresentarmos e discutirmos o momento paradigmático no qual a loucura é capturada enquanto fenômeno exclusivo do saber-poder médico, e uma sua nova especialidade, o alienismo, para constituir-se em doença a ser silenciada e curada, submetida ao primado da razão e da moral, tanto porque também progressivamente associada ao sujeito perigoso, aquele a quem é preciso invisibilizar ao restante da sociedade. Para tanto, utilizamos enquanto disparador de discussão o livro de Michel Foucault, *História da Loucura*. Tese sua de doutoramento apresentada e defendida no ano de 1961, nos auxiliará na discussão acerca da prática de internamento, que vai do “Grande Enclausuramento” ao asilamento e sua “tecnologia pineliana”. Por fim, direcionamos a discussão para a forma como esta nova especialidade médica, a psiquiatria e suas práticas, passam gradativamente a imiscuir-se às práticas judiciárias, consolidando-se a partir de sua relação com a “justiça criminal” e com as práticas jurídicas modernas. Ambas com mandato para atuar e assegurar práticas de higiene pública.

No Capítulo 4, intitulado “Judicialização da Saúde. Uma dobra da Judicialização da Vida”, nos dispomos a discutir este conceito a partir de um entendimento central: a maneira como a “saúde” assume, paralelamente e de forma não excludente, características de controle individual e social, operacionalizado pela lógica de Governo contemporânea e constituindo-se, progressivamente, em direito fundamental e social inalienável e uma obrigatoriedade do Estado. Para tanto, utilizamos enquanto disparador da discussão a forma como Foucault (2003) elabora a correlação entre “poder, direito e verdade”, inicialmente em seu livro *A Verdade e as Formas Jurídicas*, e um seu percurso teórico posterior que vai do “direito à governamentalidade”. Apresentamos esta discussão inicial para introduzir aquilo que chamamos de “arte de governar” - aprofundando o conceito de governamentalidade - que se efetivaria diante da articulação de saberes e poderes no interior de um contexto específico: o governo e suas possibilidades de ação, engendradas fundamentalmente por intermédio das “leis e das normas”. Um “deslizamento” entre elas. Apresentamos, ainda e com mais cuidado, o conceito de Judicialização da Saúde, alguns de seus componentes e aspectos teóricos, tentando centrar nossa análise na forma como, histórica e legalmente, a Saúde Pública se constitui enquanto um ‘direito’ fundamental em nosso país. A forma como o texto é construído nos direciona para o entendimento desta mesma judicialização enquanto uma forma de tutela do estado e uma introdução para a discussão posterior sobre a Judicialização do desviante por intermédio das ações judiciais de compulsoriedade de internação.

No quinto Capítulo, intitulado “As internações em psiquiatria: o avesso da ética da Desinstitucionalização” nos propomos a discutir, inicialmente no campo teórico, sobre a consolidação do espaço institucional do manicômio e da prática psiquiátrica no Brasil. As “raízes” desta assistência, que datam do início no século XIX, embora em muito se assemelhem àquelas identificadas na Europa do século XVIII, como nos capítulos anteriores discutidos possuem, por sua vez, circunstâncias que determinaram a emergência da loucura e da pessoa do louco à condição de problema social distintas, muito em função das peculiaridades da vida econômica e social do Brasil colônia. Do século XIX ao século XX, um grande parque manicomial se constitui em todo o país e, assim como no restante do mundo, institui-se a partir dele as internações psiquiátricas enquanto estratégia privilegiada no campo da assistência. Apresentar, na sequência, a construção deste “parque”, em especial aquele constituído no estado do Rio de Janeiro. E, em paralelo a esta constituição, apresentamos o movimento de encerramento destas instituições psiquiátricas, intensificadas ao final

dos anos de 2000 nesta mesma localidade. Ambas as discussões são realizadas a partir de dados da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde. Por fim, neste mesmo capítulo, apresentamos brevemente a conformação da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS, particularmente a que diz respeito aos dois municípios da Região Metropolitana I por nós estudados: Rio de Janeiro e Nova Iguaçu.

Por fim, no último capítulo, intitulado “Judicialização do desvio: as internações compulsórias em questão”, propomos definir esta modalidade de internação a partir dos termos legais instituídos no país por intermédio da Lei Federal 10.216 (BRASIL, 2001), para então sistematizarmos as informações-dados obtidos a partir de nossa ida aos campos e referentes ao nosso recorte temporal – os anos de 2013, 2014 e 2015. Por fim, apresentamos e problematizamos a forma como os entes pesquisados operam e manejam os mandados judiciais de internação que para eles chegam.

# CAPÍTULO 1

## PERCURSOS METODOLÓGICOS: QUANDO A ESCRITA SE AVIZINHA DE UMA ARQUEOLOGIA

*O mais profundo é a pele*

(Paul Veyne)

*As palavras não são ingênuas*

(Michel Foucault)

*Escrever é um fluxo entre outros, sem nenhum privilégio em relação aos demais, e que entra em relação de corrente, contra-corrente, de redemoinho com outros fluxos... Como Bloom, escrever na areia com uma mão,*

*masturbando-se com a outra*

(Gilles Deleuze)

Embora um grande e maior interesse em torno dos trabalhos de Foucault, compreendidos entre os anos de 1954 e 1984, ano de sua morte, costume acontecer a partir do que denominamos sua “segunda fase”, que coadunam os estudos Genealógicos do Poder, suas relações com os saberes e com a produção de subjetividade na sociedade dita Moderna, nos dispomos a apresentar os seus primeiros escritos que, no seu conjunto, foram denominados estudos arqueológicos, ou Arqueologia, empreendidos pelo autor num intervalo de dez anos, entre as décadas de 1960 e início da década de 1970.

Partindo de um breve entendimento acerca dos “objetos” presentes nos trabalhos desta época, em seus livros *História da Loucura* (2014), *O Nascimento da Clínica* (1987), *As Palavras e as Coisas* (1999) e *A Arqueologia do Saber* (1997), pretendemos apontar a partir de qual perspectiva “metodológica” tomaremos os textos por nós selecionados para a construção desta pesquisa.

Ressalva seja feita para o fato de que não nos propomos a uma análise sistemática das obras supracitadas, de seus conteúdos ou propostas teóricas. Antes, nos dispomos a, *primeiro*, visualizar alguns princípios apresentados pelo autor para entender os “objetos” por ele mencionados nos seus trabalhos, a saber: a loucura, o nascimento da

Medicina Moderna e a configuração daquilo por ele considerado saberes modernos, mais particularmente as Ciência do Homem, respectivamente. E, *a seguir*, vislumbrar junto a leitores de seus trabalhos, como Roberto Machado e Gilles Deleuze, o que compreende dizer que neste período Foucault realizou um trabalho de cunho arqueológico.

Castro (2016, p. 40-1) entende a Arqueologia enquanto uma “história das condições históricas de possibilidade do saber”. Ainda, uma “história geral” das instituições, dos processos econômicos, das relações sociais, e.o., condições de possibilidade de tipos específicos de discurso, que se pretendem verdade. Apontar, e posteriormente “problematizar” como os discursos são constituídos enquanto verdade enunciativa e a partir de quais condições esta construção é possível seria, assim, o principal objetivo de Foucault.

Alguns autores se referem à Arqueologia no seu plural. Isso acontece pois, embora seja possível identificar a ‘análise de discurso’ enquanto uma unidade nestes livros, junto a Machado (1981) também pode-se dizer que a maneira como Foucault se debruça sobre cada objeto em cada um deles mantém sua singularidade. Se a arqueologia pode ser considerada um método caracteriza-se, justamente, por uma variação constante de seus princípios, pela permanente redefinição de seus objetos, pela mudança no sistema de argumentação que a legitima ou a justifica (*idem*, p. 57).

De acordo com Machado (*idem*), a primeira arqueologia empreendida por Foucault em *História da Loucura* afasta-se de um empreendimento de cunho epistemológico acerca do saber psiquiátrico para produzir uma **Arqueologia da Percepção**. Livro anteriormente apresentado como Tese sua de doutoramento, defendida no ano de 1961, segundo Portocarrero (2002) neste livro Foucault se distancia daquilo que havia sido empreendido até então no que diz respeito à temática da loucura, a saber, uma história das ciências e das ideias no que tangem à psiquiatria, seus principais expoentes, ‘precursores’ e teóricos. Para Carrilho (1989) trata-se de um projeto de uma ousadia extrema, uma vez que por um lado Foucault pretende fazer falar a própria loucura e, por outro, destacar as condições de produção de um discurso de verdade sobre ela. Ainda segundo este autor (*idem*, p. 31), a atenção de Foucault é dirigida para as figuras do outro que acompanham o exercício da razão, onde é interrogada a mais forte das imagens que o pensamento ocidental construiu de si mesmo como uma obra desta mesma razão.

Segundo Machado (*idem*) e Amarante (1995), a analítica aí desenvolvida por Foucault se imbuíu de investigar as condições de possibilidade de um novo saber em construção (psiquiátrico) e a sua relação com a clausura (do louco) descrevendo, para tanto, uma conjunção entre a prática social de internamento, a figura visível do louco e o discurso produzido a partir de uma *percepção social* sobre ele, tornada interpretação acerca do fenômeno da loucura. Não nos estenderemos nesta discussão, visto tratar-se de temática desenvolvida no Capítulo 3.

Apenas adiantamos um tema importante tratado neste livro: a prática da internação em uma instituição nova, engendrada no século XVIII – o manicômio – que teria permitido a entrada e a observação sistemática deste novo saber sobre o sujeito “louco” institucionalizado, o que garantiria a) a tomada da loucura enquanto uma doença e do manicômio enquanto lugar de produção de discurso e de verdade sobre ela; b) a entrada da temática da periculosidade no âmbito da produção de saber-poder da psiquiatria.

Por fim, citando o próprio Foucault (2014) fez-se, nesta arqueologia da percepção, a história do monólogo da razão sobre a loucura, estabelecido sobre o seu silêncio. Trata-se, também e desta forma, de uma “arqueologia deste silêncio”.

No livro *O Nascimento da Clínica*, escrito em 1963, dois anos após a *História da Loucura* portanto, Foucault dá continuidade à análise acerca das condições de possibilidade dos discurso anteriormente propostas, situando-se contudo numa perspectiva diferente. Seu objetivo não mais seria a loucura transformada doença mental, mas a própria doença. Não mais a psiquiatria, mas a Medicina Moderna que desponta e configura-se, segundo o autor, no início do século XIX.

Segundo Carrilho (1989), neste livro Foucault analisa as condições que teriam permitido a constituição, nos âmbitos do domínio empírico e da estrutura de racionalidade, da ciência médica e a emergência de um tipo novo de experiência da doença. Ainda para este autor, o pensador francês teria proposto a existência de uma ruptura entre a Medicina Clássica e a Medicina Moderna, esta última uma “anátomo-clínica”. Para Machado (1981), essa descontinuidade do saber médico é fundamentalmente marcada pela passagem de um a outro espaço de configuração da doença: de espaço nosográfica, advindo de um olhar classificatório ao espaço corpóreo-individual.

Junto ao próprio Foucault (1997), pode-se dizer que a ruptura que inaugura a medicina moderna é o deslocamento de um espaço ideal, *locus* da doença, para um

espaço real, corporal, e a conseqüente transformação da linguagem a que a percepção desse espaço está ligada.

Se a medicina do século XVIII trata - apoiada na história natural, na taxonomia e na hierarquia de espécies e gêneros - de um conhecimento de superfície, que toma o sintoma como a verdade da doença, para Machado (*idem*, p.97), a medicina que se confirma a partir desta descontinuidade inaugura um outro conhecimento, que se torna científico quando passa a apoiar-se na observação, no olhar, rejeitando a atitude “predominantemente teórica, filosófica”, própria de seu passado.

Para caracterizar este momento da história da prática e do conhecimento médicos, a arqueologia empreendida neste aí privilegia não os novos temas ou teorias propostos pela medicina, suas construções formais, mas a elaboração da linguagem a partir de sua articulação com o domínio de seu (novo) objeto.

Assim, segundo Foucault (1987) o que se transforma é o modo de existência do discurso médico, uma vez que este não se refere mais às mesmas coisas, nem utiliza a mesma linguagem. O que é assinalado, nesta mutação, é a própria forma de ver e de dizer (a vida e a verdade), **uma mudança da própria noção de conhecimento**. Para Amarante (*idem*, p.68), o que fundamentalmente possibilita a nova forma de ‘ver’ e ‘dizer’ da medicina anátomo-clínica moderna é a entrada, e a intervenção, da medicina no espaço hospitalar, agora configurado enquanto espaço de “cura”. Entrada regular e constante, que permitiu ao médico agrupar as doenças, observá-las em seu curso e evolução.

Para Machado (*idem*), esta arqueologia realiza uma análise da correlação entre olhar e linguagem, uma mudança das próprias formas de visibilidade: “este livro trata do espaço, da linguagem e da morte; trata do olhar” (FOUCAULT, 1987, p.07). É assim que podemos dizer que Foucault efetiva, neste livro, uma **Arqueologia do Olhar**. Nos dizeres de Deleuze (1988, p. 67), Foucault aponta para “um espaço de visibilidade da doença (...) devolve ao olho a profundidade e ao mal um volume, autópsia do vivo”.

Para Rabinow e Dreyfus (1995, p.18-19), terminadas as arqueologias da percepção e do olhar, Foucault tinha certo número de opções metodológicas e possíveis domínios de estudo, optando por investigar as *regras* que dirigem o discurso, sua autonomia e suas transformações descontínuas, deixando momentaneamente de lado seu interesse pelas instituições sociais. Circunscreve assim mais agudamente seu método à análise do discurso ampliando, segundo Castro (2016), seu domínio de investigação

para dar conta das configurações dos saberes e das principais ciências dos homens, tema de *As Palavras e as Coisas*.

Talvez o livro mais ambicioso da fase arqueológica, escrito no ano 1966, teria sido realizada, como nos aponta Machado (*idem*, p.123), uma “arqueologia das ciências humanas”, engendradas na Modernidade.

Esta arqueologia interroga as condições dentro das quais se tornou possível às maneiras Renascentista, Clássica e Moderna de pensar, ao buscar o *solo* a partir do qual determinadas coisas podem ser ditas, certos discursos podem aflorar e como é possível a determinadas formações discursivas receberem o estatuto de verdade (positividade) em determinadas épocas, e em outras não.

Segundo Carrilho (1989), é neste livro que Foucault define e nomina, pela primeira vez, o método arqueológico, bem como os objetos de suas investigações, objetivando descobrir sobre que “a priori histórico puderam surgir ideias, constituírem-se ciências, formarem-se racionalidades (...) uma história que não é a da sua crescente perfeição, mas antes a das suas condições de possibilidade” (FOUCAULT, 1999, p.13).

Trata-se assim, para Machado (*idem*), de identificar a forma como nos situamos em uma dada região (o *solo* acima mencionado), um húmus que alimentaria o modo de pensar de uma cultura numa determinada época. Para tanto, Foucault teria descrito e criado *epistemes*<sup>1</sup> - por Castro (2016, p.42) entendida enquanto “modalidades de interrogação dos saberes” - definidas pelo autor enquanto a ordem específica do saber, a sua configuração, a disposição que assume em determinada época e que lhe confere uma positividade. É “a condição de possibilidade dos saberes de determinada época” (FOUCAULT, 1999, p.150). Assim Foucault faz, em *As Palavras e as Coisas*, uma **Arqueologia dos Saberes**.

A arqueologia não se ocupa dos conhecimentos descritos segundo seu progresso em direção a uma objetividade, que encontraria sua expressão no presente da ciência, mas da *epistemes*, em que os conhecimentos são abordados sem se referir ao seu valor racional ou à sua objetividade (CASTRO, 2016, p.40)

---

<sup>1</sup> Três *epistemes* são apontadas, aquelas referentes – e já citadas – à Renascença, à Época Clássica (séculos XVII-XVIII) e à Época Moderna (séculos XIX-XX), mais adiante novamente mencionadas no nosso texto.



Para Deleuze (1988), ao realizar as suas arqueologias, Foucault teria buscado estabelecer **princípios históricos de organização dos discursos**. Em a *História da Loucura*, pelo julgamento da percepção e do conhecimento da loucura a partir da experiência originária tomada como norma. Em *O Nascimento da Clínica* pelo balizamento de uma ruptura arqueológica entre dois tipos históricos de medicina, a partir da análise do olhar loquaz, considerado como dimensão de profundidade do conhecimento. Em *As Palavras e as Coisas* pelo estabelecimento de uma ordem interna constitutiva dos saberes em sua positividade a partir da *episteme*, concebida como critério de avaliação.

Segundo Ternes (1995, p. 5), é possível identificar uma “lógica” entre os trabalhos de cunho arqueológico, uma única e extensa pesquisa centrada na questão do “homem” e o saber das três épocas por Foucault delimitadas, a partir da análise dos grandes discursos produzidos pela história. Contudo, sem que sejam **traçadas linearidades, identificadas grandes causalidades, ou utilizado aquilo buscado pelos historiadores, os fatos**.

Sobre as arqueologias, Deleuze (*idem*, p. 13) nos anuncia que “um novo arquivista foi nomeado na cidade”. É assim, pois, que de uma maneira particular, este autor define este empreendimento: um arquivo áudio-visual - voz e olhos, palavras e coisa -, resultante de “enunciados”.

Segundo Deleuze, falar da Ordem do Discurso é falar da produção de enunciados, de uma Ordem do Enunciado. Mas um enunciado que ocupa uma “região intermediária”, “anterior `as palavras, às percepções e aos gestos que devem traduzí-la com maior ou menor exatidão (...) mais sólida, mais arcaica, menos duvidosa, sempre mais verdadeira que as teorias” (FOUCAULT, 1999, p.12). Existiria entre os códigos fundamentais de uma época, uma cultura e as teorias científicas e filosóficas uma “experiência desnuda da ordem e de seus modos de ser” (*idem*, p. 13). É dessa “experiência desnuda” da ordem, marcada agudamente por uma descontinuidade, que a arqueologia do saber se ocuparia.

Segundo Machado (*idem*, p. 81) *A Arqueologia do Saber*, livro escrito por Foucault no ano de 1969, não faz mais uma pesquisa histórico-arqueológica, como nas publicações precedentes, mas pensa **a démarche contida no trabalho de pesquisa dos livros anteriores, definindo os objetos** das arqueologias: o discurso, o enunciado, o saber. Não se trata neste trabalho e segundo Carrilho (1989) de buscar saber o que é, ou como atingir, a verdade, a partir da evitação do erro, mas de substituir o interesse pela

oposição verdade-erro pela análise do que regulam os enunciados em verdadeiros ou falsos.

Na interpretação das arqueologias realizada por Deleuze (*idem*), consta que neste livro Foucault “tira” as conclusões metodológicas dos seus trabalhos anteriores, fazendo para tanto - conferindo destaque - a teoria geral dos dois elementos que permitem o entendimento das formações históricas propostas, que são o enunciável e o visível, as formações discursivas e as não-discursivas, as formas de expressão e as formas de conteúdo, correlativas a cada época.

Também Pelbart (1993) nos diz que o saber, em Foucault, seria a combinatória desses dois estratos disjuntivos (do ver e do falar) e a tarefa do arqueólogo foucaultiano seria fazer um arquivo audiovisual desses estratos enquanto formação histórica.

Assim a arqueologia interroga, neste momento, as condições de existência dos discursos e, segundo o próprio Foucault (1997, p. 45-52) a partir de práticas que obedecem a quatro regras de formação: a dos objetos (do discurso), a dos modos de enunciação, a dos conceitos e a dos temas e teorias. Contudo existência pautada numa ausência de princípio de unidade, o que caracterizaria os discursos como dispersão.

Ainda segundo Foucault (*idem*) teríamos, a partir da delimitação destas regras de formação, a definição de um conjunto de enunciados, caracterizados enquanto objeto próprio da arqueologia, conjunto que não se refere apenas às palavras, frases ou proposições mas, segundo Pelbart (1993) à diagonal que os cruza, aos locutores e destinatários variáveis, aos seus interstícios. Como nos indica Deleuze (*idem*, p. 24), longe de serem síntese de palavras e coisas, longe de serem composições de frases e de proposições, os enunciados são anteriores às frases ou às proposições que os supõem, são formadores de palavras e de objetos: “o enunciado é uma função de existência, que cruza um domínio de estruturas e de unidades possíveis e que as faz aparecer com conteúdos concretos, no tempo e no espaço” (FOUCAULT, 1997, p.115).

Machado (*idem*, p.170) define o enunciado como sendo uma função que possibilita a um conjunto de signos se relacionarem com um domínio de objetos; receberem um sujeito possível; se coordenarem com outros enunciáveis e, por fim, parecer unidade repetível: os enunciados estipulam os modos de existência dos discursos. Interessaria assim às arqueologias não discursos possíveis, **discursos para os quais se estabelecem princípios de verdade ou de validade**. Ela estuda os discursos reais, que foram efetivamente pronunciados e que se apresentam como uma

materialidade, o que permite a Foucault se apropriar dos discursos não como documento, material do historiador, mas como monumento.

Discursos considerados monumentos, em sua espessura própria, na materialidade que os caracteriza. A Arqueologia procura determinar as condições de existência do discurso tomado como acontecimento em relação com outros acontecimentos, discursivos ou não: monumento musical (enunciados) e/ou pictórico (visibilidades).

Para Castro (*idem*), a arqueologia teria se situado numa transformação pela qual a história redefine sua posição a respeito dos documentos. Essa história já não se ocuparia em interpretá-los, determinar sua capacidade de expressar “verdades”, mas trabalha-los num interior e tratando-os, também para este autor, como um “monumento”. Trabalhar documentos como monumentos, uma operação com algumas implicações: no campo das ideias, uma multiplicação de rupturas; no campo da história, o engendramento dos grandes períodos. Ainda, para Castro (*idem*, p. 41), o advento de uma descontinuidade<sup>2</sup>. Assim, de “novos problemas metodológicos” (*idem, ibidem*).

Considerar o discurso, segundo Foucault (1997, p.153-4), como prática discursiva significa defini-lo como um conjunto de regras anônimas - *a priori* históricas -, singulares, sempre determinadas no tempo e no espaço que definiram uma época dada e para determinada área social, econômica, geográfica e linguística, e.o. Estas, condições de existência da função enunciativa.

Assim, sobre cada época, cada estrato, cada formação histórica é possível determinar o *discurso como prática*, é possível relacionar uma repartição do visível e do enunciável: maneira de dizer e forma de ver, discursividades e evidências, cada estrato – do saber – é feito de uma combinação dos dois e, de um estrato a outro, há variações de ambas e suas combinações. Como nos diz Deleuze (1988, p.09) essas visões, essas audições, não são um assunto privado, mas formam a figura de uma história e de uma geografia incessantemente reinventadas.

Por fim, um ponto fundamental desta arqueologia do saber, é a sugestão de Foucault (1997) de que uma época não preexiste aos enunciados que as exprimem, nem às visibilidades que a preenchem, não havendo nada antes do saber, uma vez que este se constitui enquanto um agenciamento prático, um dispositivo de enunciados e de visibilidades. Segundo Deleuze (*idem*, p.61), não há nada sob o saber, há apenas práticas, ou positivities, constitutivas do saber: práticas discursivas do enunciado,

---

<sup>2</sup> Todas estas características, diametralmente opostas das premissas e lógica da Ciência Moderna.

práticas não discursivas de visibilidade, sendo que estas práticas existem sempre sob os limiares arqueológicas cujas repartições móveis constituem as diferenças históricas.

Foucault sugere ser preciso rachar, abrir as palavras, as frases, as proposições para extrair delas enunciados. O mesmo acontece com as visibilidades: também é preciso rachar as coisas, quebrá-las. E, desde que tenhamos nos lançado e alcançado as “condições extrativas”, os enunciados nos dizem tudo. **Cada época diz tudo o que pode dizer** em função de suas condições de enunciado: (...) que tudo seja dito, em cada época, talvez seja esse o maior princípio histórico de Foucault: **atrás da cortina nada há para se ver, mas seria ainda mais importante (...) descrever a cortina (...) pois nada há atrás ou embaixo** (DELEUZE, 1988, p. 17).

Se Foucault acredita não haver enunciados ocultos – o que corresponderia à prática das ideologias, ou a existência de ideologias – é porque há locutores e destinatários segundo regimes e condições. Cada época tem a sua maneira de reunir a linguagem, em função de seu *corpus*. Este tornaria as visibilidades visíveis ou perceptíveis, assim como torna os enunciados enunciáveis, dizíveis ou legíveis.

Entre as formas de ver e falar podemos perceber uma constante luta, um atracamento, uma batalha. Uma disjunção. Uma relação que, nas palavras de Deleuze (1988), se caracteriza enquanto não-relação. O arquivo áudio-visual é disjuntivo, o que estabeleceria uma não-relação, tal qual a afirmação de Foucault (1988b) “isto não é um cachimbo” (referência ao quadro de Magritte “Isto é um cachimbo”): uma batalha, dupla captura, o ruído das palavras que conquistaram o visível, o furor das coisas que conquistaram o enunciado. Ainda diz a fórmula cara a Blanchot: “Falar, não é ver”<sup>3</sup>. É que, conforme nos sugere Pelbart (1993), talvez estejamos por demais acostumados a supor entre a imagem e a legenda uma correspondência, uma adequação, uma redundância, ou uma sobredeterminação: a imagem ilustra a legenda, ou a legenda explica a imagem.

Assim, todo enunciado nos remete a uma relação de forças, nos remete à discussão acerca do poder. Eis aqui um novo eixo, uma nova dimensão constitutiva destes estratos de saberes e que, na obra de Foucault, aparece fora do domínio das formações discursivas. São exteriores a elas. Aqui Foucault vai do arquivo

---

<sup>3</sup> Segundo Machado (1981), contudo, em toda a obra de Foucault percebe-se um esforço na tentativa de estabelecer uma relação entre estas instâncias, preocupação portanto *política*, estando esta articulação presente em graus variados, dependendo do assunto a ser tratado.

(audiovisual), matéria constitutiva da arqueologia, ao diagrama do poder, matéria constitutiva da genealogia. Inicia aqui os estudos exploratórios da fase genealógica (e que não será por nós aqui trabalhada).

Caminhar transversalmente à Arqueologia – ou, como sugere nosso título, fazer com que a escrita se avizinha da arqueologia – diz respeito a uma procura de nos desprendermos de estruturas universais de qualquer conhecimento ou de ações (possíveis), tratando o discurso que articulam o que pensamos, dizemos e fazemos como Acontecimentos Históricos, portanto, epistêmicos. O que de fato há de singular frente ao que nos é apresentado como universal, necessário, obrigatório? Trata-se de transformar a crítica exercida sob as formas de limitação necessária (!) em uma crítica prática sob a forma de ultrapassagem possível.

É exatamente isso o que nos sugere Foucault em seu texto de 1984, *O que são as Luzes?*: situar-se nas fronteiras, efetuar uma analítica que é genealógica em sua finalidade e arqueológica em seu método (FOUCAULT, 1994, p.348).

Assim, em continuidade às suas pesquisas, Foucault fascina-se, alegra-se com a redescoberta, ou recriação, de linhas de fugas para as (possíveis) tiranias do discurso, propondo de forma “teórica”, mas também e fundamentalmente prática – porque uma proposta não restrita ao entendimento, mas porque antes de tudo passa pelo corpo e pelo desejo – ao ranço acadêmico acorrentado entre as “ideologias” e os “estruturalismos”.

Em sua aula inaugural ao College de France, proferida no ano de 1970 e que posteriormente viria a ser publicada sob o título *A Ordem do Discurso* (1971), Foucault (1999b) nos diz de uma inquietação diante do que seria o discurso em sua realidade material de coisa pronunciada ou escrita: inquietação diante dessa existência transitória destinada a se apagar, mas segundo uma duração que não nos pertence; inquietação de sentir sob essa atividade (...) poderes e perigos que mal se imagina (...) de supor lutas, vitórias, ferimentos, dominações, servidão, através de tantas palavras cujo uso há tanto tempo reduziu as asperidades da existência (FOUCAULT, 1999b, p.80).

O autor assim nos sugere que o funcionamento do discurso comportaria dois aspectos contraditórios, mas solidários: sua onipotência e sua fragilidade. Discurso onipotente, uma vez que possuidor de regras autorreguladoras, regras de funcionamento interno, capazes de indicar os regimes de visibilidades que nos chega. Onipotente ainda porque constitutivo (embora também constituído) de estratos e formações históricas, discurso que pode perigosamente aparecer sob a máscara de verdade – como inclusive tantas vezes vimos aparecer na história da construção do conhecimento, na Ciência, na

Academia – podendo dominar o homem com sua normatividade despótica. Também, talvez em função disto, frágil, no sentido que é aquilo que deva ser excluído ou ser calado, reduzido ao silêncio. Discurso normatizador, produtor de verdades tirânicas; discurso enquanto produtor de inquietações, a ser silenciado.

Ainda para Deleuze, há em Foucault uma comicidade universal: comicidade das coisas e das palavras, uma vez que inventor de procedimentos insólitos para tratar as palavras e as coisas. Tanto é que o título de *As Palavras e as Coisas* é uma grande brincadeira. Palavras e coisas são termos vagos para designar os dois polos do saber, o título de Foucault é apenas irônico. Nem os enunciados são palavras (significante), nem as visibilidades são estados de coisas (referente) ou significados.

O saber não é a ciência (ou não se restringe a ela), nem outra forma específica de conhecimento. Ele não é separado desse ou daquele limiar onde ele é tomado: nem da experiência perceptiva, nem dos valores do imaginário, nem das ideias da época ou dos dados da opinião corrente. Não se afasta dos *perceptos* e dos *afectos*, nos dizeres de Deleuze (*idem*) que os constitui. O saber é a unidade de estrato que se distribui em diferentes limiares, o próprio estrato existindo apenas como “empilhamento” desses limiares sob orientações diversas, das quais a ciência é apenas (mais) uma.

Assim, o que de fato queremos da arqueologia é a potencialidade de nos fazer ver o que é possível em determinadas épocas, em determinada formação histórica, sem a preocupação ou pretensões da “formalização” ou da “interpretação”, o que se distancia de algo a “ser descoberto”. Como nos fala Foucault, a beleza de enunciar, de rir, num ir e vir entre os jogos de verdade colocados aos enunciados, tomados, em nossa prática moderna, enquanto axiomas. Ainda, tomar os documentos como “monumentos”, sejam eles gráficos, tabelas, textos de cunho científico, estatísticas, datas, números, medições registradas, textos literários.

É nosso desafio fazer uso do material bibliográfico selecionado enquanto enunciados possíveis frente às formações históricas que nos são colocadas, substituindo o interesse pela oposição verdade/erro pelas proposições de Foucault acerca da construção dos regimes que regulariam a partilha dos enunciados entre verdadeiros e falsos. Entendê-lo enquanto inseparável do processo que os estabelece. Desta maneira, lançar luz, trazer para os regimes de visibilidade as discussões atuais, os enunciados produzidos acerca da Loucura, da Saúde Mental, do Desvio (e.o), seus constructos e a priores, ainda que (bastante) limitado ao material teórico produzido pelos autores selecionados. Práticas instituídas como e a “partir de” discursos de

verdade que têm, cada vez mais, institucional e socialmente, poder de vida e de morte, em especial sobre aqueles considerados “desviantes”. Discursos, contudo e assim, utilizados/dirigidos para determinados segmentos da população: queles historicamente produzidos como potencialmente perigosos, como bem nos recorda Coimbra (2003).

Desta maneira, a proposta não é mostrar, ou sistematizar, a “evolução” conceitual acerca de alguns marcadores teóricos que aparecem no nosso texto – no sentido de uma menor elaboração, vinculado a um falseamento, em direção à uma maior elaboração e exatidão – mas sinalizar como foram historicamente constituídos<sup>4</sup>.

Ao não buscarmos estabelecer uma transição contínua entre os conceitos (seja sobre a loucura, sobre o louco perigoso ou sobre o “drogadito sujo”), também pretendemos colocar em xeque algumas outras naturalizações, alguns seus procedimentos, como a exemplo das práticas de internação e enclausuramento, ou as próprias práticas de judicialização. Assim, da arqueologia desejamos tratar de alguns “discursos”, os acontecimentos históricos que os constituem e as possíveis forças que os engendraram.

Como sugerido por Paul Klee: não mais representar o visível, mas tornar visível. Inventar algumas saídas possíveis - algumas linhas de fratura, algo que consiga escapa ao presente - aquelas que transitam entre nossos jogos teóricos e nossas aflições práticas. Como nos sugere Portocarrero (2009), tomar o objeto a ser estudado, qualquer que seja ele, como objeto de saber, objeto de saber-poder, mas também e principalmente, a partir de uma escolha ético-política, enquanto obra de arte.

---

<sup>4</sup> A este respeito, Castro (2016) nos diz que os grande temas da história das ideias seriam a gênese, a continuidade, a totalidade e, a partir destes pressupostos, algumas “passagens” fundantes, como a da não filosofia à filosofia, a da não cientificidade à ciência (função da Epistemologia, p.ex.), a da não literatura e à obra. No estando, estes pressupostos não configuram preocupação metodológica nos trabalhos do autor francês – nem mesmo a construção de um “*corpus*”, assim esta “história das ideias” – a Arqueologia se colocaria “não enquanto uma disciplina interpretativa, não trata os documentos como signos de outras” (*idem*, p. 41), mas descrevendo-os enquanto práticas concretas.

## 1.1 MÉTODO E TÉCNICA

A possibilidade de trabalhar a nossa escrita de maneira transversalizada à analítica de cunho arqueológico nos permitirá empreender a pesquisa a partir de um modelo artesanal de ciência, *no qual cada trabalhador produz (...) os métodos necessários para o trabalho que está sendo feito* (BECKER, 1999).

Trabalhar com esta perspectiva implica abrir mão da tentativa de colocar as observações e hipóteses sobre o mundo, e sobre um determinado objeto de estudo, em um enquadramento de ideias desenvolvidas em outro lugar, num outro momento, para explicar fenômenos peculiares a este tempo e a este lugar. Em se tratando de pesquisa em Ciências Humanas e, mais especificamente, no campo da Saúde Mental, há que se ter um cuidado ainda maior. Esta perspectiva constitui-se também enquanto uma proposta um tanto quanto arriscada, porque nos coloca em confronto com um solo prenhe de perigo que é o dobrar-se sobre nós mesmos, sobre nossas próprias experiências e, mais, sobre vivências capazes de nos catapultar para o fora. Como nos alerta Costa-Rosa, Luzio e Yassui (2003, p. 29), “o lugar da Saúde Mental é um lugar de conflito, confronto e contradição (...) Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um processo de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância”.

A experiência de escrever atravessada pela temática da Saúde Mental e seus contornos é uma experiência que, antes de tudo e para nós, se coloca enquanto um exercício de escapular do apelo da doença, da tentação de olhar para aquilo que difere no homem tal qual engendrado nos últimos dois séculos: um processo de adoecimento, que irremediavelmente conduziria ao imobilismo, à incapacidade de engendrar uma obra, por menor e mais “micropolítica” que seja. Flertamos com esta possibilidade algumas vezes. Flertamos com esta possibilidade na escrita, muitas vezes penosa, pouco fluida, pouco porosa ao novo e, não poucas vezes, despotente. Flertamos com isso no circuito dos nossos próprios afetos, de forma contundente marcada – a flechada – por toda a configuração política que parece construir uma nova ordem de discurso e um lugar de realidade e de verdade para o país nos últimos dois anos, desde o Golpe parlamentar que impeachmou a Presidenta Dilma. Flertamos com o imobilismo diante do sentimento de solidão. Não à toa, uma tentativa de apaziguamento desta solidão é esse exercício de ser acompanhada, às vezes de mãos dadas, às vezes com reserva, outras tantas de maneira inquieta, mas sempre acompanhada, dos autores “escolhidos” na construção de nosso campo teórico.



A respeito deste processo, como nos esclarece Bruyne (1991) e a despeito das especificidades, dinamismos e provisoriedade dos conhecimentos produzidos, “o procedimento científico é ao mesmo tempo aquisição de um saber, aperfeiçoamento de uma metodologia e elaboração de uma norma” (*idem*, p.34). É desta forma que pensamos a construção dos procedimentos metodológicos enquanto um processualidade, fundamentalmente política e ética que, de maneira viva e dinâmica, acontece simultaneamente à própria pesquisa.

Junto a Turato (2003, p. 153), entendemos assim a metodologia enquanto um “conjunto de regras que elegemos num determinado contexto para obter dados que auxiliem nas explicações ou compreensões dos constituintes do mundo”. Já Gil (2002) nos diz que as pesquisas científicas podem ser usualmente classificadas mediante seus *objetivos gerais*, bem como em relação aos *procedimentos técnico-metodológicos* utilizados para coleta, registro, apresentação, organização, codificação, descrição e análise crítico-reflexiva das informações mais frequentes, relevantes e significativas obtidas de forma empírica, que nos permitem uma perspectiva panorâmica dos fatos/fenômenos/acontecimentos investigados. Assim, alguns princípios gerais podem, e devem, ser destacados para que, a partir de um procedimento eleito, um mapa conceitual e operativo de investigação (*design*) seja proposto, construído e possível.

Nesta pesquisa, a opção pela Abordagem Qualitativa justifica-se, tal qual nos esclarece Minayo (2010), a medida que preocupamo-nos em abranger e nos aproximar da realidade e do universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes do nosso campo eleito. A partir desta Abordagem, nos dispomos a uma pesquisa de cunho *exploratório*. Este tipo de pesquisa tem como objetivo, segundo Gil (*idem*), proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses.

Para confecção e execução desta pesquisa exploratória nos detemos, inicialmente, no levantamento de material documental, legal, bibliográfico e institucional, publicações de revistas especializadas, relatórios de gestão, sites oficiais das Secretarias de Saúde e literatura especializada da área, o que resultou, modo geral, no material teórico de nossa tese. Como acima mencionado, contudo, material entendido enquanto “monumentos”, o que nos coloca a escolha de não elencar critérios de prioridade e maior ou menor validade e veracidade para eles. Todos, que baixo serão descritos, igualmente contribuiram na construção de nossa “discussão” e entrelaçamento de ideias.

Num *primeiro* momento utilizamos a revisão não sistematizada de literatura, priorizando material disponível e textos tidos como “clássicos”, e autores com trabalhos reconhecidos por seus pares na área, produzidos fundamentalmente nos campos da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e acerca da lógica manicomial. Os artigos científicos, publicações em revistas e dados públicos sobre esta mesma temática foram identificados através de pesquisa nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, sem que tenhamos, contudo, priorizado um recorte temporal específico.

Também Minayo e Sanches (1993) nos oferecem uma orientação quanto à construção deste processo de produção de pesquisa, quando nos dizem que o conhecimento científico é sempre uma busca de articulação entre uma teoria e a realidade empírica e que o *método* seria o fio condutor para formular esta articulação. O *método* tem, assim, uma função fundamental, que é instrumentalizar a pesquisa.

No que tange ao método, pois e num *segundo* momento, realizamos um estudo do tipo *descritivo*, nos propondo contudo a ir além da mera descrição dos dados apreendidos, uma vez que almejamos, junto aos autores que utilizamos enquanto referencial, compreender estes mesmos dados a partir das condições de possibilidade (históricas) que os engendraram, e os enunciados que os constituíram. Neste tipo de estudo, de acordo com Richardson (1989), pressupõe-se que as práticas podem ser melhoradas através de descrição e análise de observações objetivas e diretas e das opiniões vinculadas a um determinado fenômeno que, no caso deste estudo, consiste nas demandas de internações compulsórias colocadas ao estado do Rio de Janeiro, e dois de seus municípios, entre os anos de 2013 e 2014. Ainda pra Richardson (*idem*), as *técnicas* utilizadas para a obtenção de tais informações são bastante diversas, destacando-se os questionários, as entrevistas e as observações.

Em nossa pesquisa, além do levantamento bibliográfico, sua revisão e sistematização, optamos pela *técnica* da entrevista, utilizando para tanto entrevistas semi-estruturadas, cujos Roteiros estão apresentados nos anexos, e cujos campos de aplicação estão abaixo apresentados.

## 1.2. CAMPO: DADOS GERAIS

Como acima mencionado, nosso campo de estudo estabelecido para a coleta de dados, diz respeito ao estado do Rio de Janeiro e dois de seus municípios, a Capital e Nova Iguaçu, estes localizados na Região Metropolitana I deste mesmo estado. Estas localidades foram referendadas com base na distribuição territorial do Plano Diretor de Regionalização (PDR)<sup>5</sup> estadual, descritas no relatório produzido no ano de 2012 pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro/SES-RJ, mais especificamente por sua Gerência de Saúde Mental Álcool e outra Drogas/GSM-RJ, e intitulado “Relatório da Rede de Atenção Psicossocial no Estado do Rio de Janeiro: Planos de Ação das Nove Regiões de Saúde e de seus Municípios” (RIO DE JANEIRO, 2012). Além de um panorama contendo dados populacionais e gerais do estado, suas Regiões de Saúde, o referido documento também se propôs a apresentação do Plano de Desinstitucionalização dos asilos do estado a partir do ano de 2012, as ações já concretizadas até então, dados que serão utilizados no Capítulo 5 deste trabalho.

O Estado do Rio de Janeiro localiza-se na Região Sudeste do país e limita-se com os estados de Minas Gerais, São Paulo e Espírito Santo. Uma das menores unidades da federação, com área total de 43.766,6 km<sup>2</sup>, o estado é o terceiro mais populoso do país, com cerca de 96% de sua população em áreas urbanas, concentrada principalmente no município do Rio de Janeiro, Capital (segunda maior metrópole do país). No ano de 2010, sua densidade demográfica estimada foi de 365,32 hab/km<sup>2</sup>. De acordo com o “Relatório” acima citado foi pactuado, entre as gestões municipais de saúde e a gestão estadual de saúde, o desenho deste PDR a partir da subdivisão do estado em Regiões de Saúde, sendo elas: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte, Serrana, sendo estas nove Regiões compostas por 92 municípios.

As Regiões de Saúde, como acontece nos demais estados do país, têm sua conformação determinada por um conjunto de fatores que ultrapassaram questões geográficas, onde são consideradas suas identidades culturais, econômicas, sociais, redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, refletidas em seu desenho final. A Região que é nosso interesse de pesquisa é composta por doze

---

<sup>5</sup> Trata-se de prerrogativa para regionalização da assistência à saúde e estratégia de hierarquização dos serviços de saúde instituída pela Norma Operacional de Base - NOAS/2001 (BRASIL, 2002)

municípios, sendo eles – além da Capital e de Nova Iguaçu – Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japerí, Magé, Mesquita, Nilópolis, Queimados, São João de Meriti e Seropédica.

O critério por nós utilizado para a eleição destes dois municípios foi inicialmente o populacional, visto tratarem-se de municípios com mais de um milhão de habitantes, no caso da Capital, ou próximo a este quantitativo, além da complexidade de sua Rede de Saúde, em especial a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS (BRASIL, 2011). Depois, por se tratar da Região de Saúde do estado com um grande quantitativo de encaminhamento para internações em instituições psiquiátricas em todos os anos analisados, como veremos, o que incluem as internações na modalidade “compulsória”.

Destacamos que no início de nossa pesquisa o município de Duque de Caxias também havia sido eleito enquanto “campo” a ser investigado. Contudo, por ocasião da realização de nossas entrevistas, a sua Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas optou pela não participação. A justificativa apresentada pela Coordenação foi a nova configuração política colocada ao município após o último pleito eleitoral, realizado no ano de 2016 e que elegeu Prefeitos, o que modificou o quadro de gestores (ocupados por “cargos de confiança”), gerando apreensão e instabilidade também na gestão da Saúde Mental. No que se refere ao estado, o critério por nós utilizado é por tratar-se de ente colegiadamente responsável pelo acompanhamento e gestão da implantação e da implementação destas mesmas “Redes”. Foi também investigado por reunir os dados gerais de Saúde Mental do estado, sendo este um contraponto necessário para a análise dos dados obtidos nos municípios.

No que diz respeito a este “critério populacional”, os dados do Censo Demográfico do IBGE (BRASIL, 2010) indicam que o estado do Rio de Janeiro contava, no ano de 2010, com uma população de 15.993.583 habitantes. Esse número representa um aumento de 11,13% em relação ao Censo Demográfico de 2000. Deste contingente, a população da Região Metropolitana I, ainda que represente 12% da área do estado, possui 74% da sua população total, com 11.835.708 hab. Destes, 53% habitam a Capital. É assim a Região com a maior densidade demográfica do estado, com apenas dois municípios com população abaixo de 100 mil/hab (Japeri e Seropédica).

No que diz respeito ao município do Rio Janeiro, de acordo com o seu Plano Municipal de Saúde (RIO DE JANEIRO, 2013), possui uma área estimada em 1.224Km<sup>2</sup>, e densidade demográfica de 5.163 habitantes/Km<sup>2</sup>. Está organizado em 33

Regiões Administrativas (RA) e 160 bairros. Cidade bastante heterogênea, apresenta em seu território diferentes graus de desenvolvimento e, conseqüentemente, desigualdade na distribuição e utilização dos recursos disponíveis, inclusive serviços de saúde. A Rede de Saúde no município responde a um desenho particular. Desde o ano de 1993, no seu plano interno, a Secretaria Municipal de Saúde trabalha com a divisão da cidade baseada nas então denominadas Áreas de Planejamento (AP), que contabilizam um total de dez.

As características destas Áreas, no âmbito da Saúde e ainda com relação ao Plano citado, são consolidadas a partir da dinâmica de ocupação da cidade e da rede de assistência em saúde, entre elas a RAPS, também melhor apresentada no Capítulo 5.

Quanto ao município de Nova Iguaçu, foi criado no ano de 1883, mas somente a partir da década de 1940 que inicia o seu processo de emancipação. Com a inauguração da Rodovia Presidente Dutra, no ano de 1952 e a recuperação da malha ferroviária da Região, a cidade passou por um aumento populacional significativo assumindo, entre outras funções, a de cidade dormitório e de corredor de acesso à Capital fluminense, distante 28km, sendo na atualidade um importante polo industrial e de comércio. Hoje, é o maior município da Baixada Fluminense em extensão territorial, ocupando uma área de 523,888km<sup>2</sup> e segundo em população, estimada em 2010 pelo IBGE (*idem*) em 798.657 habitantes. Em 2012, era o quarto mais populoso do Rio de Janeiro e o 21º do país.

Assim como a Capital, possui Gestão Plena, uma Rede de Saúde Pública e privada complexa e, desta, uma Rede de Atenção Psicossocial considerada de “boa cobertura”, ainda que tida como pouco resolutiva (RIO DE JANEIRO, 2012).

Participaram deste modo na pesquisa os 03 (três) entes acima mencionados, por intermédio de suas gestões de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, a saber: Gerencia de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretaria estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (GSM-RJ/SES), a Superintendência Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro (SSM-RJ/SMS) e a Área Técnica de Saúde Mental de Saúde, Álcool e outras Drogas da Secretaria Municipal Nova Iguaçu (ATSM-NI/SMS).

Esta participação foi garantida por intermédio da utilização de entrevistas semi-estruturadas, realizadas após contato prévio com as coordenações, tendo sido feita 01 (uma) entrevista “por campo”, participando delas os “coordenadores” de Saúde Mental

e trabalhadores das áreas técnicas, sendo três atores do estado, dois do município do Rio de Janeiro e dois do município de Nova Iguaçu.

Alguns critérios de inclusão foram utilizados, sendo eles: a) Terem sido coordenadores de Saúde Mental que trabalharam na gestão municipal e estadual no período a que se refere a pesquisa (2013-2015) ou terem assumido as mesmas coordenações em período posterior b) Serem Coordenadores de Saúde Mental que fazem parte de municípios com mais de um milhão de habitantes na Região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro c) Serem profissionais-técnicos destas “coordenações”.

Como acima aludido, o “objeto” central desta pesquisa, também um dos nossos importantes analisadores, diz respeito às solicitações (mandados) de Internações Compulsórias realizadas no âmbito do estado e destes dois municípios nos anos de 2013, 2014 e 2015. Além das entrevistas realizadas, contribuíram também para a sistematização sobre este “objeto” os dados obtidos por intermédio de bases de dados de acesso público (disponibilizados nos sites oficiais, organizados e gerenciados por cada Secretaria de Saúde), além de dados de acesso restritos disponibilizados pelas Coordenações mediante solicitação. Entre estes documentos e dados de acesso restrito constam, fundamentalmente, Relatórios de Gestão, mas também levantamentos quantitativos e qualitativos internos, material de palestras e de ações de Educação Permanente em Saúde, além de anotações de cadernos de registro de entrada e saída de documentos.

### 1.3. TRATAMENTO DOS DADOS

Como mencionado, a coleta de dados efetivou-se por intermédio de três procedimentos fundamentais: 1) solicitação, por via institucional, do quantitativo de mandatos judiciais de internação compulsória que chegaram às Secretarias de Saúde no período entre os anos de 2013 e 2015, posteriormente encaminhados às Coordenações de Saúde Mental, estadual e municipais; 2) entrevistas semi-estruturadas, realizadas a partir de um guia de questões norteadoras, gravadas em áudio e transcritas posteriormente, com a anuência de cada entrevistado (ANEXOS 1, 2 e 3); 3) análise de documentos disponibilizados pelos entes entrevistados - dados de acesso público e restritos, já mencionados; 4) e-mails informais trocados entre a pesquisadora e as Coordenações, de modo que alguns dados fossem ratificados.

A problematização (análise qualitativa) do quantitativo de mandados para internações compulsórias cedidos no âmbito das três instâncias de gestão nos anos estabelecidos é o nosso analisador-disparador, o que nos permitiu dissertar sobre características das gestões estadual e municipais no tocante ao manejo dedicado aos mandados, o que por nós é chamado de “estratégias de gestão”.

Quanto a esta coleta dos dados quantitativos dos mandados judiciais para internações compulsórias, registramos não termos priorizado restrição ou pré-orientação quanto a suas origens (as diversas Varas de Justiça, p.ex). Outros marcadores, como faixa etária de pessoas internadas, grau de escolaridade, etnia, nível sócio-econômico, origem territorial e “critério diagnóstico clínico”, são incluído enquanto informações solicitadas apenas no âmbito dos municípios, ainda que não tenha sido nossa preocupação ou prioridade sistematizá-los. Essas informações também aparecem, ainda que de maneira enviesada, nas entrevistas realizadas. O critério principal utilizado para a coleta de dados foi, portanto, todos os mandados judiciais que chegam às gestões de Saúde Mental, no período selecionado, por intermédio de seus setores jurídicos.

### **1.3.1. Formas de Regular Internações e Encaminhamentos**

Os três entes pesquisados se comportam de maneira distinta frente aos mandados judiciais para Internação Compulsória a eles destinados. Essa é uma temática que também será apresentada em nosso Capítulo 5. Apresentamos aqui, apenas de maneira esquemática a forma como regulam suas internações gerais em saúde, donde as internações em leitos de psiquiatria (“internações psiquiátricas”) estão incluídas. Seus “percursos de regulação”, portanto:

#### **A) No município do Rio de Janeiro:**

O município do Rio de Janeiro possui um sistema próprio de regulação para internações, desvinculado das internações operadas no âmbito do estado para os demais municípios. Trata-se de um Sistema on-line, disponibilizado pelo Ministério da Saúde para regulação pelas gestões municipais, dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares - o Sistema Nacional de Regulação (SISREG-RJ). Neste território, o SISREG atende às demandas espontâneas, ou encaminhadas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), pelas equipes da RAPS (em especial os CAPS) ou pelas gerências e equipamentos da Atenção Básica de cada Área de Planejamento.

Os equipamentos de atenção terciária municipais, que possuem Leitos de Saúde Mental e que recebem regulação de internação nas três modalidades previstas pela Lei 10.216 (BRASIL, 2001) – voluntária, involuntária e compulsória – no ano do término de nossa pesquisa e de acordo com a SSM-RJ, são as que seguem: Hospitais Municipais Gerais Evandro Freire, Pedro II, Lourenço Jorge, Ronaldo Gazola.

Também segundo esta mesma Superintendência, o protocolo “oficial” de cuidado após regulação de internações nas instituições acima citadas inclui avaliação realizada pelos técnicos dos CAPS do território adscrito do usuário internado e, havendo necessidade, estas internações são encaminhadas para o Instituto Municipal Philippe Pinel, o Instituto Municipal Nise da Silveira, o Hospital Municipal Jurandyr Manfredini, o Instituto Municipal Juliano Moreira e também o Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro-CPRJ (único hospital estadual e localizado no município do Rio de Janeiro) que são, também no ano do término de nossa pesquisa, os hospitais psiquiátricos da Rede Própria em funcionamento no município. Estes equipamentos, CAPS e Hospitais Municipais, são também responsáveis pelo encaminhamento para o Instituto de Psiquiatria IPUB/UFRJ<sup>6</sup>.

#### **B) No âmbito do estado:**

Diferente do município do Rio de Janeiro, a regulação das internações de saúde gerais em instituições psiquiátricas para o restante dos municípios do estado é efetuada pelo Serviço Estadual de Regulação (SER).

De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde, a regulação configura-se enquanto ferramenta para garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde e expressa a capacidade de intervir nos seus processos assistenciais, sendo o elo de ligação entre uma demanda colocada e a prestação direta dos serviços.

A Política Nacional de Regulação foi consolidada pela Portaria GM/MS nº 1.559 (BRASIL, 2008) e define que as ações de regulação se organizam em três dimensões distintas: a regulação dos sistemas de saúde, a regulação da atenção à saúde e a regulação do acesso à assistência. Esta última, que pode também ser denominada

---

<sup>6</sup> Identifica-se assim e cumulativamente, 05 (cinco) “polos” de recepção de emergência em Saúde Mental, no seu Componente Hospitalar (RAPS): Rodolfo Rocco, que atende à AP 3; Lourenço Jorge, que atende à AP 4, CPRJ, que atende à AP 1 e a Ilha do Governador; Pedro II, que atende à AP 5 e Instituto Pinel, que atende à AP 2.1 e a AP 2.2.



regulação do acesso ou regulação assistencial, objetiva organização, controle, gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e abrange a regulação médica, baseada em protocolos e classificação de risco, fundamentalmente.

No âmbito do estado do Rio de Janeiro, no ano de 2003 e por intermédio da Resolução SES-RJ nº 2.102 (SES, 2003) instituiu-se a implantação do Complexo Estadual de Regulação (CER), constituída pela Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC/RJ) e pelas Centrais Regionais de Regulação, ambas projetos que envolveram os três entes federados que possibilitaram, entre outros, ações descentralizadas de regulação e cogestão e que compõe o Sistema Estadual de Regulação (SER).

No que diz respeito às internações em psiquiatria no âmbito do estado do Rio de Janeiro, as regulações são referendadas pela Deliberação CIB-RJ nº 203 (SES, 2005) e orientadas, mais recentemente, por dois documentos produzidos pela GSM-RJ no ano de 2015, destinados às Coordenações Municipais de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, sendo eles o Protocolo de Regulação das Internações em Instituições Psiquiátricas (RIO DE JANEIRO, 2015a) e a Nota Técnica para a Regulação das Internações em Instituições Psiquiátricas no Estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2015b).

No “Protocolo de Internação”, consta que cada município deve constituir sua porta de entrada para a regulação das internações em Instituições Psiquiátricas, sendo elas Unidades de Saúde vinculadas à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011) e que cada município deve possuir profissionais responsáveis pela autorização das internações, os "autorizadores", indicados pelas Coordenações municipais. Este documento ainda estabelece alguns “Critérios Clínicos”, que devem constar no protocolo de solicitação de internação, assinado pelo “autorizador” e, a partir do ano de 2015, com anuência das Coordenações de Saúde Mental, sendo eles: história clínica detalhada e descrição do exame físico associado a exames complementares. Esta solicitação, devidamente preenchida e assinada, é condição para a liberação de vaga pela Central Regional de Regulação (CREG) correspondente, além da existência de leitos (“psiquiátricos”) disponíveis. Neste “Protocolo” ainda constam os grupos de diagnósticos referenciados para internação.

Já a “Nota Técnica” (SES, 2015b) orienta para a supressão gradual e responsável das internações em instituições psiquiátricas no estado, além de fazer uma importante

diferenciação entre estas internações (psiquiátricas) e aquelas internações em Saúde Mental, que utilizam os componentes de saúde municipais presentes na RAPS, em especial os Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral. Orienta, ainda, que sejam priorizados os equipamentos de Saúde Mental territoriais para o acolhimento à crise e que as solicitações de internação à Central de Regulação só deva ocorrer após permanência do usuário por pelo menos 72 horas nestes mesmos equipamentos.

Em ambos os documentos consta que o estado do Rio de Janeiro **não regula internações compulsórias** em Clínicas/Hospitais Psiquiátricos e que, ao receberem mandado judicial para esta demanda, os municípios devem ser resolutivos quanto a ela e, uma vez avaliada a “necessidade” de internação, que ela seja executada nos dispositivos da Rede, preferencialmente de forma voluntária.

Assim, as internações em instituições psiquiátricas que acontecem no estado do Rio de Janeiro dizem respeito às internações ainda solicitadas pelos municípios; possuem “portas de entrada” preferencialmente municipais e que pretendem-se resolutivas; são efetivadas mediante preenchimento, pelo médico autorizador, de documento de solicitação de internação e respondendo a alguns critérios; necessitam de anuência dos coordenadores de Saúde Mental municipais; dependem da disponibilidade de leitos (vagas) nas instituições<sup>7</sup>; são reguladas pelas Central Regional de Regulação (CREG) correspondente, contudo “gerenciadas” pelo Nível Central (SER-RJ) e fundamentalmente, não acontecem na modalidade “compulsória”.

Assim, os dados acerca das “solicitações” de internação compulsória obtidos no âmbito do estado não advêm do SER, uma vez que este serviço não regula esta modalidade, mas de registro interno da GSM-RJ/SES. Estes mandados judiciais, tornas esta mesma Secretaria “ré” das ações judiciais, sendo a GSM-RJ a área responsável por recebe-los, responde-los e encaminha-los de maneira propositiva e colegiada aos municípios, via de regra, também (co-)réus das mesmas ações.

Por fim, nem todos os mandados de internação compulsória que são expedidos para as gestões municipais chegam à SES. Há a possibilidade de, eventualmente, apenas as Secretarias Municipais de Saúde serem elencadas enquanto “rés” de um processo, portanto. Assim, como veremos em nossa “discussão”, os dados obtidos por intermédio do estado podem estar subnotificados. Há contudo a orientação, por parte da Gerência, para que estes processo sejam a ela comunicados.

---

<sup>7</sup> Os hospitais psiquiátricos disponíveis para a regulação de internação nos anos estudados constam em nosso Capítulo 5

### C) No município de Nova Iguaçu:

No que se refere às suas internações em psiquiatria, assim como o município do Rio de Janeiro, Nova Iguaçu possui uma organização de regulação de internações particular. De acordo com a sua ATSM-NI, as internações em psiquiatria, voluntárias e involuntárias eram, até o ano de 2013, reguladas pelo estado (SER-RJ), acolhidas pelas Urgências e Emergências do município do Rio de Janeiro a partir de demanda espontânea, encaminhadas pelos serviços Saúde- Saúde Mental do município ou, ainda, acolhidas em suas clínicas-instituições de psiquiatria conveniadas ao SUS. Neste tocante, destaque seja feito para o fato de que os entrevistados não mencionam um possível acolhimento à crise realizado no CAPS III ou pelo CAPS AD, já existentes e em funcionamento nesta ocasião.

Uma modificação deste percurso ocorre no ano de 2014, quando são inaugurados os 06 (seis) leitos de psiquiatria na Clínica da Família de Austin, um micro polo de saúde que atende Urgência e Emergência e demandas da Atenção Básica. Estes leitos são elencados pela ATSM-NI enquanto uma “Emergência Psiquiátrica 24h” e nomeados como “de Atenção a Crise em Saúde Mental”. Destaca-se que os mesmos não estão habilitados pelo Ministério da Saúde pelas Portarias GM/MS nº 148 e nº 953, ambas do ano de 2012, não sendo assim um componente de Atenção Hospitalar da RAPS.

A modificação acima mencionada deve-se ao fato de que, *primeiro*, a partir deste ano todas as situações de “crise” em Saúde Mental são para estes leitos encaminhados, não mais o município recorrendo, segundo a sua ATSM, à regulação estadual para as internações; *segundo*, o município não recorre à Central Regional de Regulação (no que se refere às internações em psiquiatria) existente no município, sendo esta uma porta de entrada “aberta” e, eventualmente, “espontânea”. Assim, recorrem a estes leitos os equipamentos de saúde do município, os serviços de Saúde-Saúde Mental do município, o SAMU e os munícipes de maneira espontânea, sem que haja necessidade de os leitos serem anteriormente regulados; *terceiro*, estes leitos internam as três modalidades, assim, sendo responsável pela execução das internações compulsórias do município; *quarto*, estes leitos recebem demanda de toda a Baixada Fluminense, o que justifica o número alto de entrada, de procedimentos e de internações; *por fim*, não havendo regulação prévia, nem a existência de um “médico

regulador”, o primeiro documento de saúde gerado é um “boletim de atendimento médico”, produzido pelo profissional em atividade no momento da internação.

#### 1.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP da Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ e respeitou os princípios éticos postulados na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012) e na Resolução nº 510 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2016), que dispõe sobre as “normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana” (*idem*, p.01).

Tais normas foram por nós esclarecidas aos entrevistados no momento da entrevista e mediante a entrega e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 5, 6, 7), a partir do qual pretendeu-se minimizar possíveis riscos referentes às participações e onde constam: a não obrigatoriedade de participação; o esclarecimento de que, a qualquer momento, o entrevistado poderia desistir de participar e retirar seu consentimento, o que não implicaria em prejuízo em sua relação com a equipe de pesquisa ou com a instituição responsável pela pesquisa; a garantia de confidencialidade e a privacidade das informações prestadas; a omissão de qualquer informação que pudesse identificá-los na divulgação dos resultados da pesquisa; o armazenamento do material resultante da entrevista em local seguro, por um prazo de cinco anos. Ainda, que existia a possibilidade de, a qualquer momento (durante a pesquisa ou posteriormente a ela), solicitação por parte do pesquisador de informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa.

Ainda por intermédio do TCLE, foi esclarecido que a participação consistiria em conceder uma entrevista conduzida pelo pesquisador do projeto, com duração pré-definida e mediante garantia de privacidade, através de abordagem em espaço onde não houvesse interferência de terceiros. Que a entrevista seria gravada, sendo este recurso uma condição para a participação e que a mesma seria posteriormente transcrita para a análise das falas e armazenadas em arquivos digitais, sendo seu uso restrito à equipe do projeto e apenas para fins da pesquisa.

Os benefícios apresentados aos entrevistados dizem respeito a colaboração e contribuição para o reconhecimento dos impasses da rede de cuidado em saúde mental e

o mapeamento das Internações Compulsórias em parte da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, o que permitiria sugestão de construções, ainda que parciais, de estratégias tanto no campo das políticas públicas de forma geral quanto no campo do planejamento e gestão, capazes de potencializar a efetivação da Rede de Atenção Psicossocial na Região. Pretendeu-se, ainda, que entre os benefícios desta pesquisa esteja a reflexão, por parte dos profissionais que dela participaram, sobre os seus processos de trabalho, além de contribuição para o conhecimento da área de Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica no campo de estudo.

Assim, esta pesquisa buscou respeitar os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

## CAPÍTULO 2

# REFORMA PSIQUIÁTRICA: A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO ENQUANTO PRERROGATIVA ÉTICA

*Não se pode transformar uma realidade dramática e opressora sem violência polêmica nos confrontos com aquilo que se quer negar, incluindo a crítica aos valores que possibilitam e perpetuam a existência de uma tal realidade. Por isso o nosso discurso antisntitucional, antipsiquiátrico, não pode restringir-se ao terreno específico de nosso campo de ação. O questionamento do sistema institucional transcende a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas sociais que o sustentam.*

*(Franco Basaglia)*

Ao optarmos por trabalhar com uma temática já tão amplamente discutida e tematizada, como é o caso deste movimento social e político que convencionou-se denominar Reforma Psiquiátrica, nos indagamos se (talvez) fosse importante e necessário perguntar “o que ainda pode ser dito e escrito a seu respeito que não tenha sido sistematicamente discutido?” Ainda, seria justo questionar se uma retomada teórica e histórica acerca da Reforma Psiquiátrica, tal qual operada no mundo, nos possibilitaria e nos forneceria pistas para entender as Políticas Públicas voltadas para o campo da Saúde Mental e para as práticas de cuidado que, em torno dela e em paralelo, se constroem cotidianamente em nosso país. Como debater a Judicialização da Saúde a partir dos preceitos e princípios da Reforma Psiquiátrica? E, ainda neste contexto e não menos importante, onde se encontra a prática da Internação Compulsória neste processo?

É pensando a partir destes questionamentos que nos propomos a problematizar a maneira como as “Reformas” - operadas por movimentos antipsiquiátricos engendrados em alguns países europeus, nos Estados Unidos da América e, em especial, na experiência italiana, alguns de seus principais e preceitos - contribuíram com a construção prática e teórica do campo da Saúde Mental no Brasil.

E o fazemos a partir de uma escolha deliberada, auxiliada pelo que nos é proposto por Amorim e Dimenstein (2009): a ideia de que, na atualidade das práticas e propostas de Políticas Públicas para o campo da Saúde Mental brasileiro, a

desinstitucionalização se confunde com o próprio processo de consolidação destas mesmas Políticas e com a própria Reforma Psiquiátrica.

E é pensando em responder às questões acima levantadas, e partindo deste “acordo” teórico-metodológico, que seguiremos uma primeira pista nos dada por Amarante (1995):

O exercício de reconstrução do percurso da reforma psiquiátrica apresenta-se conectado tanto à possibilidade de revisão dos principais referenciais teóricos que influenciam e/ou possibilitam a emergência deste movimento quanto à reatualização de um olhar histórico-crítico sobre os paradigmas fundamentais do saber/prática psiquiátricos (*idem*, pag. 21).

Para tanto, partimos do entendimento da Reforma Psiquiátrica como sendo um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, responsável por implicar a sociedade no questionamento quanto à exclusão social do fenômeno da loucura e, posteriormente, quanto às formas de atenção e cuidado às pessoas com problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas.

Entendida como um movimento social, a Reforma é articulada a um conjunto de iniciativas operadas nos campos legislativo, jurídico, administrativo e cultural, que visam transformar a relação entre a sociedade e a loucura. Enquanto prática social, esse movimento é construído coletivamente, nas diferenças, nos conflitos e nas contradições. Como todo movimento social, apresenta uma composição heterogênea, incluindo profissionais, familiares, usuários e a sociedade em geral (MACIEL, 2012, p. 75)

A Reforma estaria pautada, segundo Fornazier e Delgado (2011), fundamentalmente, na reivindicação dos direitos civis e humanos dos sujeitos em sofrimento psíquico e na possibilidade de invenção de um modelo outro de atenção à saúde e de cuidado que não aqueles centrados no asilamento promovido e historicamente naturalizado pela instituição hospitalar psiquiátrica. Assim,

[...] pretendemos colocar em cena algumas questões contemporâneas que nos impõem cada vez mais novos desafios. Como é o caso da importância da Luta Antimanicomial e conseqüentemente da luta pelos Direitos Humanos, que não se esgotam na luta pelos direitos civis, mas apontam para a luta pelo não encarceramento e pelo não esquadrinhamento do desejo (MACHADO e LAVRADOR, 2002, p.01)

Novamente junto a Amarante (1995) buscamos resgatar as “condições de possibilidade teórica da psiquiatria e suas reformas”, a partir da hipótese, defendida por

Birman e Costa (1994), de que a psiquiátrica clássica sofre, progressivamente e a partir da segunda metade do século XX, uma crise teórica e prática. Uma crise "em todos os seus níveis constitutivos" (...) como saber, enquanto sistema assistencial e como prática clínica (*idem*, p. 42-43). É, portanto, a partir desta crise que novas possibilidades e propostas para o campo são engendradas.

É consenso na produção teórica do campo da Saúde Mental que é somente após as duas Guerras Mundiais do século XX - cerca de duzentos anos depois das medidas de *isolamento* e intervenção no hospital de Bicêtre na França, realizados pelo médico francês Philippe Pinel, como adiante veremos - que surgem questionamentos em todo o mundo acerca da psiquiatria e de suas práticas, num contexto de assombramento causado experiências do nazismo alemão e seus campos de concentração.

A partir deste marcador, passa-se a questionar a construção histórica do *status* social ocupado pela loucura alavancada, num determinado momento, à condição de “doença mental”, em função de sua apropriação pelo saber médico psiquiátrico. Esta apropriação seria, nas palavras de (MACHADO, 1982) o “conceito básico das teorias de Pinel e Esquirol” e, de acordo com Birman (1978), responsável por estabelecer o asilo enquanto um espaço, *per si*, terapêutico, pautado pelo tratamento moral por intermédio da reclusão e da disciplina.

Desta maneira, as primeiras tentativas na direção da desconstrução do hospital enquanto *instituição total*<sup>8</sup>, tal qual definida por Goffman (2007) e da psiquiatria enquanto detentora privilegiada do saber sobre a loucura, se dá num contexto de construção de uma nova ordem social, política, econômica e subjetiva:

Durante a guerra, com a tentativa de domínio nazista, é que a humanidade fez um verdadeiro pacto contra a opressão aos direitos do indivíduo, pela importância das relações coletivas de solidariedade e pela aceitação das diferenças. (...) esta nova situação fez com que a psiquiatria, usada para a classificação dos indivíduos aptos a vida em sociedade e que, como “ciência” reconhecida, utilizava métodos opressivos aos direitos individuais em nome de um “tratamento médico”, fosse questionada. (CAMPOS, 2000).

---

<sup>8</sup> Uma Instituição Total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada ou ainda aquela que promove uma espécie de barreira à relação social com o mundo externo, fechando-se e impedindo o contato de seus participantes com qualquer realidade que lhe seja exterior (GOFFMAN, 2007).



Um primeiro momento “reformista”, como adiante mais cuidadosamente veremos, espalha-se pela Europa e pelos Estados Unidos da América, questionando-se a função da instituição asilar sem que a questão do saber psiquiátrico e suas imbricações com a loucura fosse, contudo, problematizada.

Afastado de sua pretensa “finalidade terapêutica”, uma vez que percebido enquanto agente cronificador e produtor de enfermidade, como nos indicam Birman e Costa (*idem*), o hospital psiquiátrico passa a ser alvo de críticas e, num primeiro momento, *locus* de formulação de experiências, objetivando a renovação de sua (pretensa) “capacidade terapêutica”.

Novamente Birman e Costa (*idem*) destacam, em *continuum*, dois períodos na redefinição dos campos teórico-assistenciais da psiquiatria. Primeiro, uma crítica à estrutura asilar. Disparado pelos movimentos das Comunidades Terapêuticas na Inglaterra e da Psicoterapia Institucional e de “Setor” francesas, esta fase pauta-se na crença do poder curativo do manicômio, aprofundando-se na tentativa de uma reforma interna da psiquiatria. Segundo, identificaram a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva americanas.

Muito embora, neste momento, tenha sido operado um deslocamento de ênfase da ‘doença’ para a ‘saúde mental’, sua promoção nos âmbitos individual e coletivo-comunitário, estes dois períodos estão circunscritos a tentativas de modificações no interior do modelo psiquiátrico. Mantem-se, desta forma, o entendimento da saúde mental enquanto processo de adaptação social.

(...) As reformas restritas ao espaço asilar nos anos 50 e 60: a comunidade terapêutica (Inglaterra) e a psiquiatria institucional (França) (...) e as reformas que utilizam a comunidade como ponto central para tratamento nas décadas de 40 e 60: a psiquiatria de setor (França) e a psiquiatria comunitária ou preventiva (EUA) (BIRMAN e COSTA, 2004, p. 07)

Para além das experiências acima mencionadas, que acabam por engendrar um reformismo pautado nos aspectos técnico-assistenciais, apontamos a Antipsiquiatria Inglesa e a Psiquiatria Democrática Italiana enquanto movimentos que efetivamente operaram rupturas, epistemológicas e metodológicas, com “o conjunto de relações entre instituições/práticas/saberes que se legitimam como científicos, a partir da limitação de objetos e conceitos aprisionadores e redutores da complexidade” dos fenômenos da loucura. (AMARANTE, 1995). Discutir estas importantes rupturas é o que nos

propomos nos subitens seguintes. Antes, contudo, façamos uma rápida contextualização da forma como estes preceitos foram operacionalizados na realidade brasileira e na construção de uma proposta singular de Reforma Psiquiátrica e suas práticas.

Ainda que a construção desta “realidade” tenha sido construção de mais de três décadas no âmbito da Saúde Pública e da sociedade civil, num percurso não homogêneo, perpassado por conflitos e disputas entre grupos de interesse antagônicos e construído por setores os mais diversos do movimento social e usuários, gestores e técnicos do setor, apresentamos dois marcos fundamentais para esta sedimentação.

Ressaltemos, novamente, que a trajetória do fortalecimento do campo da Saúde Mental no Brasil - tanto no que tange a constituição de marcos legais reguladores, passando pela construção de Políticas Públicas que viabilizem a atenção e o cuidado, quanto o envolvimento do controle social no alargamento da discussão sobre a temática - nos é colocado de forma consonante com a discussões da Reforma Psiquiátrica e seus preceitos, encampada em todo o mundo, e suas proposições, embora consolidadas num regime temporal diferente e em consonância com as movimentações sociais em torno da redemocratização na década de 1980, em muito se assemelham.

Um primeiro marco, e nas palavras Kinoshita (2009), é a importante intervenção e o processo de encerramento operados no hospital psiquiátrico privado “Casa de Saúde Anchieta”, localizada em Santos/SP, no ano de 1989 - em função de seu longo histórico de maus-tratos e as mortes de sujeitos lá ocorridos -. Temos, pela primeira vez no Brasil e segundo Amarante (1995; 2015), a possibilidade de colocar em prática não só a desmontagem de um aparato institucional manicomial, mas também de propor e instituir uma rede de cuidado e de atenção territorial que fosse substitutiva ao asilamento. Por esta época ainda acontece a implantação dos primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial/NAPS no Brasil, mais precisamente na cidade de São Paulo, iniciativa que sinaliza para a possibilidade concreta, da “construção de um novo projeto social com políticas e ideologias importantes” (ANAYA, 2004).

(...) Isso possibilitou um processo inédito em que foram criadas as condições para a implantação de um sistema psiquiátrico que se defina como completamente substitutivo ao modelo manicomial. Esse sistema substitutivo deu-se com a redefinição do espaço do antigo do antigo hospício em vários espaços e experiências de parceria com a municipalidade e com a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial/NAPS, cooperativas, associações, instituições de residência, etc. Este processo santista foi, certamente, o mais importante da psiquiatria pública nacional e que representou um marco no período

mais recente da reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 1995, p. 83)

Um segundo marcador, o Projeto de Lei nº 3.657/89, do Deputado Paulo Delgado (PT/MG) (BRASIL, 1989), apresentado ao Congresso Nacional no ano de 1989 e “que se tornaria o centro dos debates em torno da reforma psiquiátrica nos próximos anos” (AMARANTE, 2015, pag. 32).

Em tramitação no Congresso Nacional por exatos 12 anos, é somente no ano de 2001 que temos sancionada a Lei Federal 10.216 (BRASIL, 2001). A “Lei Paulo Delgado” - ou ainda a “Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira”, como também é conhecida - institui-se enquanto normativa que propõe orientar o redirecionamento da assistência em saúde mental na perspectiva de oferta de serviços abertos, substitutivos ao hospital psiquiátrico, ou “recursos não manicomial de atendimento”, como nos sinaliza o próprio Paulo Delgado (1989). Ainda, e como mais adiante veremos, também “regula” as modalidades de internações, dentre ela, a internação compulsória.

Como reafirmado por Amarante (*idem*), este projeto de lei regulamenta os direitos das pessoas em sofrimento mental em relação ao tratamento e indica a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados, apontando para a sua substituição por serviços de cuidado de base territorial e comunitária e acompanhando, em termos jurídicos, políticos e assistenciais, a propostas encampadas pela então conhecida “Lei Basaglia”, sancionada na Itália com mais de duas décadas de antecedência.

As principais transformações no campo jurídico-político tiveram início a partir deste Projeto de Lei, que provocou enorme polêmica na mídia nacional, ao mesmo tempo em que algumas associações de usuários e familiares foram constituídos em função dele (...) o resultado importante deste contexto foi que, de forma muito importante, os temas da loucura, da assistência psiquiátrica e dos manicômios, invadiram boa parte do interesse nacional (*idem*, p. 84)

## 2.1. A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO ENQUANTO PROCESSO DE DESCONSTRUÇÃO DOS ESPAÇOS INSTITUCIONAIS DE “EXCEÇÃO”

Dando continuidade ao apresentado no subitem anterior entendemos que no Brasil, até o ano de 2001, ano que consagra o “marco legal” da nossa Reforma, pessoas que recebiam o diagnóstico de transtorno mental estavam circunscritas ao território nebuloso dos “incapacitados”, incapazes de atos civis, não sendo assim consideradas sujeitos de direitos, também em razão do estatuto jurídico secular reservado ao louco. Como já mencionado, é com a promulgação da Lei Federal n. 10.216 (*idem*), que legitima-se e regulamenta-se as décadas de lutas encampadas anteriormente pelo conjunto da sociedade civil empenhado na transformação do lugar social e histórico ocupado pela loucura e que, com mais clareza, esta população é convocada a fazer parte da *pólis* como sujeito do poder político podendo, ainda que de forma tortuosa e deficitária, reivindicar o estatuto da cidadania e, sobretudo, o de sujeito.

Entendemos ainda que podemos atribuir às lutas e às reivindicações coletivas encampadas pela Reforma Psiquiátrica a construção de um novo significado para estas vidas, no campo político e social. É referendados por este processo histórico e de luta permanente da Reforma (Cf. AMARANTE, 1998, 2007, 2015; YASSUI, 2010) que trabalharemos a desinstitucionalização, conceito importante também aqui, uma vez que é a partir de sua potência ética e política que reivindica-se o engendramento cotidiano de novos sujeitos de desejo e de direito, plenos em suas possibilidades de vida, além da invenção de espaços e práticas de liberdade e de relações de poder mais horizontalizadas.

Não inscritos no ‘universo da cidadania’, situação também tributária da construção histórica em torno de sua vinculação, arraigada, à uma (suposta) periculosidade, podemos sugerir que os sujeitos enquadrados na categoria “doentes mentais” tiveram suas existências resumidas ao “ser vivente” comparável à *zoè*, à vida nua, tal qual descrita por Agambem (2003, 2004, 2008), como adiante sustentaremos.

Para tanto, uma ressalva. Ainda no ano de 1996, no seu livro que se tornou referência para profissionais e militância da Saúde Mental no Brasil, *O Homem e a Serpente. Outras Histórias para a Psiquiatria*, Amarante nos chama a atenção para o fato de que, em meio ao processo de redemocratização pelo qual o País atravessava, após um período longo e violento de ditadura civil-militar, a luta pela cidadania

configurava-se enquanto uma luta geral, assumida e encampada pelos setores minoritários os mais diversos da sociedade civil assumindo, contudo, contornos singulares no que tange ao “doente mental”, “despojado de seus direitos jurídicos, políticos e civis, tornando-se, dessa maneira, um não cidadão” (AMARANTE, 1996, p.04).

É a partir dela que colocaremos esta condição de “não cidadania” nos termos apresentados por Pálbert (2003, 2005, 2014), referindo-se a Giorgio Agambem (*idem*) quando nos atenta para uma certa “vida nua, vida besta”, que se pretende a “UMA VIDA”.

*Uma Vida*, aqui, tratamos enquanto aquela que se recusa a identificar-se com a *vida nua* (AGAMBEN, 2003), tal qual designada pelos poderes, uma vida que não tem escolha “senão pensar-se para além do julgamento e da autoridade que a condenam (...) [quando] já não se submete a uma soberania que lhe é exterior” (PÁLBERT, 2005, p.63).

E o que seria esta *vida nua*? Esta recusa é possível e, em caso sim, como ela se operaria ou seria engendrada?

Ao pretender uma leitura e uma interpretação das relações políticas na modernidade e tomando como dispositivo de análise as proposições de Michel Foucault (1988; 2010, 2004a, 2004b, 2008) acerca do seu conceito de Biopoder<sup>9</sup>, Agamben lança-se ao amplo estudo e à escrita de uma série de livros intitulados *Homo Sacer* (RAULFF, 2004, p. 609).

Destes trabalhos, mais especificamente o *Homo Sacer: O Poder Soberano e a Vida Nua I* (AGAMBEN, 2003), o *Estado de Exceção. Homo Sacer II* (AGAMBEN, 2004) e *O que resta de Auschwitz* (AGAMBEN, 2008), o autor italiano apresenta e formaliza o conceito de “vida nua” e situa, enquanto cerne de tal projeto, a compreensão da centralidade do estado de exceção enquanto paradigma de funcionamento das estruturas jurídicas que procuram normatizar o campo da política e da ação social na modernidade e, como veremos, centralidade esta extensiva à contemporaneidade.

É o termo Biopoder que Foucault utiliza para designer a inclusão da vida

---

<sup>9</sup> De acordo com Castro (2016, p. 57), alguns textos seminais devem ser considerados na busca de compreensão do conceito de biopoder, proposto por Foucault, sendo eles o último capítulo de *A História da Sexualidade I. A Vontade de Saber* (1988), o curso de 17 de março de 1976, intitulado *Em Defesa da Sociedade* (2010), *O Nascimento da Biopolítica* (2004a), *Segurança, Território e População* (2004b) e em *O Governo dos Vivos* (2008).

natural na política, ainda nos séculos XVII e XVIII, por intermédio de mecanismos, mecânicas, ou “dispositivos” de poder - na designação de Deleuze - primeiro sobre o corpo-individual (designado por ele enquanto uma Anátomo-Política das Populações ou Disciplina) e, ao mesmo tempo, sobre o corpo-espécie (designado por ele enquanto uma Biopolítica das Populações).

Façamos aqui um parêntese para melhor situar este conceito e para realizar uma breve apresentação, já que este será melhor sistematizado e visando uma outra perspectiva teórica no Capítulo 4, sob o título de Governamentalidade. De acordo com Castro (2016, 57-9), Em *História da Sexualidade I. A Vontade de Saber*, Foucault (1988) direciona a discussão da questão do biopoder acoplada à descrição da formação do dispositivo de sexualidade, terminando-o, ainda neste trabalho, com as questões do racismo moderno, biológico e de Estado. Já no seu livro *Em Defesa da Sociedade* (FOUCAULT, 2010a), por sua vez e ao longo de um extenso percurso, o autor teria analisado a temática a partir das transformações do conceito de guerra e de raça. Em ambos, nos é apresentada esta dupla faceta de uma mecânica de poder, inédita, sua nova organização em torno da vida: dos corpos, da vida biológica, incluindo aí a questão da sexualidade e do poder sobre a morte (racismo), onde é tematizada e tratada a “estatização” do homem como ser vivente, da vida biológica. E o faz, ainda segundo Castro (*idem*) e inicialmente a partir da teoria do direito, fundamentalmente do direito de vida e de morte, temática agora discutida pelos juristas dos séculos XVII e XVIII e da teoria política, contapondo-os à “organização” do poder (e “social”) anterior, a Soberania.

Foucault, a partir desta temática teria portanto apontado para uma organização do poder em torno da vida, a partir de duas estratégias centrais, as já citadas anátomo-política do corpo humano (disciplina), que toma os corpos individuais enquanto máquinas a serem potencializados por um novo processo de produção em consolidação, o Capitalismo e a biopolítica das populações, tomando o corpo vivente enquanto suporte dos processos biológicos, agora previstos na governamentalidade, fazendo assim ingressar o corpo na história: “o biopoder foi um elemento indispensável para o desenvolvimento do capitalismo. Serviu para assegurar a inserção controlada dos corpos no aparato produtivo e para ajustar os fenômenos da população ao processo econômico” (FOUCAULT, 1988, p. 185). Para além, Castro (*idem*) também nos esclarece que o conceito de Biopoder foi importante para introduzir uma discussão cara ao autor, e também para nós: a da norma e da

sociedade normalizadora.

É com este recurso conceitual que apresenta a ruptura epistemológica e histórica em relação à chamada sociedade de soberania, onde a questão do estado, representada e fundada na figura do soberano (ou do “rei”) e fundamentada pelos princípios do sistema jurídico da lei, vai progressivamente perdendo preponderância (ou imbricando-se) em detrimento de uma sociedade que se dispõe a se organizar em torno da determinação do (ou do que seria) “normal” e da “transgressão-dissidência”, instituída enquanto o seu “complementar-oposto”, os anormais.

Seu “princípio”: poder matar para poder viver, que outrora sustentava a defesa das práticas dos combates, converte-se no princípio de estratégia do Estado, uma forma peculiar de “governar”. A existência aí em questão (sujeita ao “causar a vida ou ao devolver à morte” [FOUCAULT, 1988]) não é aquela jurídica, da soberania, mas a biológica, de uma população, ou de grupidades organizadas no seu interior<sup>10</sup> (*idem*, p. 180). A “sociedade normatizadora” é, na forma como definida por Foucault, (1977) o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida”.

Para Silva (2011, p. 94), o Biopoder trata de uma “conjunção das tecnologias disciplinares individualizantes, e das tecnologias regulamentadoras totalizantes, através dos seus mecanismos de segurança”.

É assim que ao final de “A vontade de saber”, em seu memorável texto intitulado “Direito de Morte e Poder sobre a Vida” - que Foucault (1988) formaliza pela primeira vez a inclusão da vida natural nos cálculos do poder. Também na formalização deste conceito em Agamben, a modernidade teria operado “a introdução da *zoe* na esfera da *polis*, a politização da vida nua como tal” (AGAMBEN, 2003, p.12). Tal qual realizado por Foucault, o autor italiano recorre à Aristóteles para justificar esta operação:

Na teoria política de Aristóteles, o homem, como qualquer outro ser vivente, é *zoé* (existência biológica), mas que em razão de uma sua qualidade, que outros seres viventes não têm, tem, também, uma existência política: é a linguagem que torna possível ao homem passar de *zoé* a *politikòn zôon* (animal político), vale dizer, lhe possibilita uma vida política (*bíos políticos*) (OLIVEIRA, 2014, p.02)

Também Pelbart (2005) nos esclarece que, para Agamben, os gregos faziam uma distinção entre *zoé*, que expressaria o simples fato de viver, comum a todos os

---

<sup>10</sup> Trataremos esta temática com mais cuidado e mais demorar nos capítulos que seguem.

seres e *bios*, forma ou maneira de vida peculiar de um indivíduo ou grupalidade. Ainda para Pelbart (*idem*) Agamben entende que uma nova modalidade de poder funda-se, sobremaneira, na cisão entre o *fato* da vida e as *formas* de vida. Se a vida nua submete-se, fundamentalmente, a um poder soberano (ao “gladio”, nas palavras de Foucault) e ao seu arbítrio, a sua politização, por sua vez, configure-se num evento decisivo para - e na - modernidade.

É desta condição específica – *zoé*, mas também *politikòn zôon* – que Michel Foucault elabora a sua teoria da biopolítica, cujo limiar é o surgimento da modernidade e a constituição do Estado de População: “Por milênios, o homem permaneceu o que era para Aristóteles: um animal vivente e, além disso, capaz de existência política; o homem moderno é um animal em cuja política está em questão a sua vida de ser vivente” (Foucault 1988, p. 134 *apud* OLIVEIRA, *idem*).

Destacamos a utilização, por Agamben, do termo *zoe* também para designer o “mundo do trabalho”, uma vez que nele a vida teria se restringido a funções de reprodução e sistematicamente excluída da *pólis* como lugar em que se pode tomar parte no fato de governar e de ser governado. Agamben, assim como Arendt (1991), no seu belo livro *A Condição Humana* refere-se, com este termo, à condição do escravo. Também Rancière (2009) utiliza o termo “escravos” para designar aqueles que não tinham tempo para dedicar-se a outra coisa que não ao trabalho, o que não lhes permitia o acesso à “linguagem” (enquanto possibilidade de construção de realidade), o que os tornava comparáveis a animais. Já os cidadãos, livres, ocupam a *pólis*, tornando-se visíveis no espaço público, fazendo política ao mesmo tempo em que tornam-se parte do comum.

Assim como Foucault, para referir-se à mecânica de poder que toma a vida na sua nudez biológica, natural, funcional, Agamben direciona-se ao *poder soberano*, uma vez que é no Estado Absoluto onde o poder de matar é melhor exercido e executado. Procedimento com características históricas demarcadas, como nos sinaliza Silva (2011):

Sempre que lhe era conveniente exibir sua força sobre seus súditos, com fins de governo do território, suspendia o ordenamento jurídico e fazia operar o estado de exceção. Como mero objeto, que existe para afirmar o poder do rei, a vida matável cumpria sua missão na terra (*idem*, p. 93)

Assim, na passagem do Estado soberano territorial para o Estado do governo



da população, a *zoè* configure-se como elemento importante nos cálculos e estratégias de poder, agora incluída na *pólis* com outras qualificações, a medida em que a vida biológica passa a ser um problema do soberano e, progressivamente, um problema de governo.

Ainda orienta este processo, a princípio contraditório, mas complementar em sua proposta, uma lógica paradigmática biologicista que, em nome da defesa da vida, encarrega-se de administrá-la, explorá-la e o faz, sobremaneira, por intermédio de uma lógica de medicalização de toda a existência, da vida, em suas instâncias últimas e primeiras.

A vida nua, enquanto um extremo de existência humana, faz-se *norma* por intermédio de uma outra lógica apresentada por Agamben, referente ao “estado de emergência”, ou “estado de exceção”.

Nos interessa, a partir da compreensão deste conceito, destacar a forma como esta vida é, a um só tempo, uma forma de exclusão e inclusão, aquilo que apresentamos acima como ‘contraditório’ (e ‘complementar’), uma vez que aludiremos mais uma vez os termos designados ao louco-desvisante, enquanto aquele que pode, e deve, ser “eliminado” pela exclusão e eventualmente pelo “fazer morrer”, impresso secularmente na lógica manicomial. Estas figuras, a serem eliminadas pela exclusão e, numa instância extrema, passíveis de serem devolvidas à morte, se reconfiguram na atualidade? Como uma das possibilidades de contraponto a esta construção, apresentamos a força expressa nas propostas de práticas de desinstitucionalização.

Tratemos ainda de definir com mais cuidado o que vem a ser esta “exceção”, ao mesmo tempo, técnica e paradigma de governo dominante na política ocidental contemporânea, inclusive dos estados ditos democráticos, a maneira como apresentada por Agamben.

De acordo com Rigon e Silveira (2013), a exceção configura-se enquanto uma espécie de exclusão da norma geral que mantém, contudo, uma relação com ela por intermédio da suspensão. Seria assim o estado de exceção a situação que resulta desta suspensão (AGAMBEN, 2003, p.23-5). O autor italiano ratifica que, suspensa, a norma abre espaço para a exceção, que se constitui como regra. Esta relação que inclui algo através de sua exclusão é o que Agamben (*idem, ibidem*, p.25) designou como relação de exceção.

É mais uma vez com uma citação de Foucault que o autor aprofunda a discussão: “resulta daí uma espécie de animalização do homem posta em prática através das mais

sofisticadas técnicas políticas. Surgem então na história, seja o difundir-se das possibilidades das ciências humanas e sociais, seja a simultânea possibilidade de proteger a vida e de autorizar seu holocausto” (Foucault, *Apud* AGAMBEN, 2004, p. 11). Toma ainda como referência a proposição de Walter Benjamin a respeito do holocausto nazista: “a tradição dos oprimidos nos ensina que os estado de exceção atual no qual vivemos é a regra. Devemos chegar a um conceito de história que corresponda a este fato” (BENJAMIN, 1985, p. 12).

Que o espectro da "suspensão legal" da lei, que este reconhecimento da lei que pode conviver com sua própria suspensão seja o "motor imóvel" das democracias contemporâneas: eis algo que Benjamin indicara, mas que Agamben soube explorar como ninguém antes dele (SAFATLE, 2015, p.02).

Para nos explicar tal fenômeno, “Agambem toma como ponto de partida a enigmática figura do direito romano arcaico, a do *homo sacer*, a um só tempo insacrificável e matável” (PELBART, 2003, p. 61).

Assim, é nesta zona de indeterminação, que atualiza a exceção, que inclui ao mesmo tempo em que exclui, que se insere a vida (nua) do *homo sacer* nas gestões do poder, uma a vida humana que é incluída no ordenamento sob a forma de sua exclusão (AGAMBEM, 2004, p. 16). Julgado por um delito, ou um desvio, o homem sacro é aquele que pode ser morto sem que isso implique em um homicídio, execução ou sacrifício; para quem encontra-se subtraído o direito humano e sem que o ‘direito divino’ presentifique-se. Uma dupla exclusão que configura-se como um captura: “vida excluída da comunidade por ser insacrificável, é nela incluída por ser matável” (PELBART, 2003, p. 62).

É ao se perguntar *O que é o Campo?* que Agamben define-o como sendo o espaço de exceção em que a vida nua é novamente tensionada e capturada. O autor nos diz tratar-se de um espaço fora do ordenamento jurídico normal, embora não externo, onde a vida é excluída deste ordenamento e incluída no campo através de sua própria exclusão jurídica. O campo trata-se, então, de uma “estrutura em que o estado de exceção, em cuja possível decisão se baseia o poder soberano, é realizado normalmente” (AGAMBEN, 2003, p. 175-6). Internações compulsórias podem ser entendidas a partir desta perspectiva?

É o termo “mulçumano”<sup>11</sup> – utilizado inicialmente por Primo Levi (1988), em seus relatos acerca de sua experiência nos campos de concentração nazista, para referir-se aos judeus que neles recebiam uma designação terminal – que Agamben (2008) utiliza como recurso retórico para apresentar o extremo desta configuração de existência. Nos diz Pelbart (2014) tratar-se este “mulçumano” do cadáver ambulante, uma reunião de funções físicas nos seus últimos sobressaltos, referência ao suposto fatalismo islâmicos, o “*muslim*”, aquele que se submete à vontade da força.

Era o morto-vivo, o homem-múmia, o homem-concha. Encurvado sobre si, esse ser bestificado e sem vontade tinha o olhar opaco, a expressão indiferente, a pele cinza pálida, fina e dura como papel, já começando a descascar, a respiração lenta, a fala muito baixa, e feita a um grande custo (PELBART, 2009b, p.02)

Uma vida não humana, esvaziada sobremaneira para que pudesse sofrer, reduzida ao contorno de uma mera silhueta, na referência dos nazistas aos prisioneiros: “*figuren*”, figuras, manequins, que expressa um poder que “não elimina o corpo, mas o mantém numa zona intermediária entre a vida e a morte, entre o humano e o inumano: o sobrevivente: “(...) o nazismo consiste num cruzamento extremo entre a soberania e o biopoder, ao fazer viver (a “raça ariana”) e fazer morrer (as raças ditas “inferiores”), um em nome do outro” (*idem*, p. 04). Um tipo de assassinato que não se configura enquanto crime. Exclusão da lei, das formas de vida (PELBART, 2009). Não a toa as movimentações mais contundentes que se dispuseram a problematizar as práticas manicomiais são identificadas ao fim da Segunda Grande Guerra e seus campos de concentração.

Agamben nos diz que, embora a expressão máxima do cruzamento entre este fazer viver e este fazer morrer, entre a soberania e o biopoder portanto, tenha expressado-se com maior visibilidade no regime de terror proposto pelos alemães na Segunda Grande Guerra, também esta expressão é, nas formas mais diversas e com constantância, atualizada. E dadas as devidas proporções, este poder incumbir-se-ia, na atualidade, nem em fazer viver, nem em fazer morrer, mas em *fazer sobreviver*.

Um estado de sobrevida biológico, reduzir o homem a uma dimensão residual, não humana, vida vegetativa, que o “mulçumano” dos campos de concentração encarna. A sobrevida é a vida humana reduzida a seu mínimo biológico, à sua nudez última, à

---

<sup>11</sup> Sugerimos a leitura do interessante conto de Franz Kafka (1999), escrito no ano de 1919, que tematiza a relação entre o mulçumano e o homem ocidental intitulado “Chacais e Árabes”.

vida sem forma, ao mero *fato* da vida, nua. Uma vulnerabilidade que, como dito anteriormente, “deriva de um ato de direito que a excluiu incluindo-a numa zona de anomia onde está exposta a toda violência e a qualquer violação (RUIZ, 2012, p. 04), mas uma vida que “não pode ser condenada à morte pelos ritos judiciais” (veto de sacrifício). Assim, a vida nua do *homo sacer* encontra-se vulnerável à violência pela ausência de proteção jurídica” (RIGON E SILVEIRA , 2013, p.03).

(...) não é mais a vida, não é mais a morte, é a produção de uma sobrevida modulável e virtualmente infinita que constitui a prestação decisiva do biopoder de nosso tempo. Trata-se, no homem, de separar a cada vez a vida orgânica da vida animal, o não-humano do humano, o muçulmano da testemunha, a vida vegetativa, prolongada pelas técnicas de reanimação, da vida consciente, até um ponto limite que, como as fronteiras geopolíticas, permanece essencialmente móvel, recua segundo o progresso das tecnologias científicas ou políticas. A ambição suprema do biopoder é realizar no corpo humano a separação absoluta do vivente e do falante, de *zoè* e *biós*, do não-homem e do homem: a sobrevida” (AGAMBEN, 2008, p. 205).

Assim, para Pelbart (2014), Agamben teria postulado o contemporâneo: fazer sobreviver, que “não se restringe aos regimes totalitários, e inclui plenamente a democracia ocidental, a sociedade de consumo, o hedonismo de massa, a medicalização da existência, em suma, a abordagem biológica da vida numa escala ampliada” (*idem, ibidem*).

Se a imagem, ou o efeito, do homem sacro se reproduz no expoente máximo da vida nua e do regime de exceção do Campo - paradigma biopolítico contemporâneo -. também a atualidade das democracias reafirmariam as características do “matável e insacrificável”, como anteriormente aludido: “teríamos razões para supor que quando se faz valer a sacralidade da vida contra o arbítrio do soberano, ignoramos que é precisamente tal sacralidade, historicamente, que garante a sujeição da vida a um poder de morte” (PELBART, 2003, p.62). De modo que podemos dizer que é esta sacralidade que faz com que a vida extrapole o registro do direito e também o registro do sacrifício, a forma originária da implicação na ordem jurídico política deste duplo e contraditório processo, no âmbito social. Uma “exclusão normatizada” (PELBART, 2003, p.64).

Se antes, o estado de exceção referia-se a uma situação provisória de perigo factual, agora, o estado de exceção confunde-se com a própria norma, de forma que norma e exceção tornam-se indiscerníveis - e torna-se a técnica e o paradigma de governo dominante na política ocidental (AGAMBEN, 2004, p. 12-3)

Qual vida deixa de ser politicamente pertinente? Qual vida “vale” ser vivida? Segundo Pelbart (2013), a decisão colocada por esta prerrogativa – valor ou falta de valor da vida – foi significativamente transferida para a “especialidade” que dela cuida, a medicina: “é quando a vida e a política se identificam, quando a vida como valor biológico e a política como saúde da vida se conectam” (*idem*, p. 62).

Nos sugere ainda que, enquanto a política cumpriria (e cumpre) seu papel de luta contra os inimigos, a polícia encarrega-se da vida em todas as suas dimensões. Aqui, uma clara alusão à *Polícia Médica*, tal qual teorizada e belamente descrito por Foucault (1979) em seu texto *O Nascimento da Medicina Social*, onde é aludida a conformação do *corpus* e da *práxis* médica na Alemanha em meados do século XVIII e início do século XIX e a sua *Medicina de Estado*<sup>12</sup>. Um caminho que vai da “biologização” da vida até o estado de exceção como política de governo. É o momento da história em que a preocupação com a vida torna-se luta contra o inimigo<sup>13</sup>. Mas quem é, afinal, o inimigo?

A partir de prerrogativa tão radical, a pergunta que deve ser (novamente) feita é: como escapar do “campo”? Como desfazer, ou embaralhar o campo de indistinção entre a vida nua e a norma? Como engendrar vidas, nos seus afetos e afecções ético-políticas, distanciadas da vida nua, em direção a UMA VIDA? Nos apropriando dos questionamentos feitos por Foucault na introdução do livro *Anti-Édipo* (DELEUZE e GUATTARI, 1972): “Como se introduz o desejo no pensamento, no discurso, na ação? Como o desejo pode e deve desdobrar suas forças na esfera do político e se intensificar no processo de reversão da ordem estabelecidas?” Em suma, como recusar uma vida em seus devires fascista?

Desconsiderado na sua condição de pessoa humana, para o louco - também sujeito “perigoso”, “desviante”, o inimigo, que assume o lugar do “outro” - esta vida

---

<sup>12</sup> Cujas principais características podem assim ser resumidas: “(...) organização de um saber médico estatal, a normalização da profissão médica, a subordinação dos médicos a uma administração central e, finalmente, a integração de vários médicos em uma organização médica estatal (...)” (FOUCAULT, 1979, p.84)

<sup>13</sup> Podemos também dizer que esta temática e esta preocupação atravessam e despontam os cursos ministrados por Foucault ao longo dos cursos ministrados no *Collège de France*, entre os anos de 1970 –ano em que assume a cadeira de *História dos Sistemas de Pensamento*, anteriormente ocupada por Jean Hyppolite, como o nome *História do Pensamento Filosófico* – e 1984, ano de sua morte. Novamente citamos os cursos *É Preciso Defender a Sociedade* (1977-1978); *Segurança, Território e População* (1978-1979) e *Do Governo dos Vivos* (1980-1981), como uma das principais referências a esta discussão.

nua também matável o destino é, podemos dizer, a morte, seja ela física, simbólica ou subjetiva. Parece-nos ter sido este o destino a ele reservado quando tomamos por referência a organização institucional, e física, dos hospitais psiquiátricos. Guardadas as devidas proporções, destino comparável aos corpos supliciados descritos por Foucault (1977), com a diferença de que o ritual do suplício não mais se dá em praça pública, mas de modo velado, longe dos olhos do restante da sociedade e por detrás das grades e “alas” dos manicômios.

Considerando que nos encontramos na presença de um campo toda vez que se materializa um espaço (de exceção) em que norma e exceção entram num limiar de indistinção e que a vida nua é capturada, a lição de Giorgio Agamben se mostra imperiosa: devemos aprender a reconhecer os campos através de todas as suas metamorfoses (RINGON e SILVEIRA, 2015, p.05)

Agamben ensaia algumas proposições para estes incisivos questionamentos. Pelbart (2013) sugere que, para o autor italiano, a proposição ética por excelência seria recusarmos a qualificação para a vida e todos os seus desdobramentos dialéticos, criando assim condições de possibilidades, ou outros sentidos, para a *Zoe* e para a *cisão*, cada dia mais emblemática, entre o mero *fato* e variações de *formas* de vida: “apenas então pode-se pensar a conjunção indissociável entre vida e forma-de-vida – mas a vida já conhecida como potência de variação de forma de vida” (AGAMBEN, 2008, p.37).

Castelo Branco (2002, p. 175-184) nos sinaliza que no “último Foucault” - seus escritos compreendidos entre os anos de 1977 e 1984 – o autor teria imprimido um novo sentido às suas interrogações anteriores, aquelas que diziam respeito à descrição dos procedimentos estratégicos postos em jogo pelos poderes. É neste último período de sua produção teórica e sensível a fatos marcantes de sua época -“movimento iniciado pelo sindicato Solidariedade (Polônia) e, sobretudo, a revolução iraniana” (*idem*, p. 177) -, que o autor dispôs-se a estudar o “papel das resistências, em todas as suas dimensões, na trama complexa das relações de poder na atualidade, seus antecedentes históricos e suas perspectivas de êxito” (*idem*, p.178). Para tanto, reagrupa o lugar e o papel dos indivíduos éticos, sensíveis às lutas políticas e toma a “liberdade” enquanto condição ontológica da ética, esta contudo como “forma refletida que a liberdade assume”. Castelo Branco, no entanto, nos alerta:

O índice da liberdade, todavia, não é para ser entendido como uma petição de princípios meramente teórica; deve ser elucidado no plano

das lutas sociais, precárias, contingentes, móveis. O campo da liberdade é o da *práxis*, é o da ética encarnada (*idem*, p. 179)

Nos perguntamos se, no campo da Saúde Mental, a Desinstitucionalização possuiria potencial para assumir esta característica de luta social e coletiva móvel, libertária, da ética encarnada, de superação das institucionalidades e dos poderes instituídos. Segundo Nicácio (1989, p.91), um ato político contínuo de “transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir”. Adiantamos aqui que, paradoxalmente, os anos em que o estado do Rio de Janeiro mais operou ações de desinstitucionalização e de fechamento de seus manicômios - como mostram os dados da pesquisa - foram, “coincidentemente”, aqueles em que mais foram emitidos mandados judiciais para internações compulsórias. Como equacionar esta distorção? Quais as relações entre a “lógica de estado governamental” e a tentativa ética de construir o cuidado apartado da supressão de liberdade?

Também em Neto (2013), o potencial para esta produção respalda-se numa enunciação baseada na denúncia e no desmascaramento, uma dupla cena: desmascaramento da opressão política (ciência x comunhão saber x poder da psiquiatria x aparatos jurídicos) em paralelo ao desocultamento das práticas de submissão (técnicas de subjulgação travestidas de “cuidado”). Portanto uma denúncia da construção histórica que nos diz que cuidar e amparar solidariza-se, de maneira aceitável, com controlar e oprimir, com silenciar e docilizar, com reduzir a condição humana à condição de ser vivente, biológico, nu.

É a partir destas prerrogativas que nos dispomos a apresentar alguns preceitos da Desinstitucionalização, em especial aqueles operados nos hospitais psiquiátricos italianos a partir da década de 1960. Terminamos antes este subitem com a forte escrita de Primo Levi:

Estamos nos transformados nos fantasmas que havíamos deslumbrado na noite passada. Então pela primeira vez nos demos conta de que nossa língua não tem palavras para expressar esta ofensa, a destruição de um homem. Em um instante, com intuição quase profética, a realidade nos é revelada: chegamos ao fundo. Mais fundo que isso não se pode chegar (...) Não temos nada nosso: tiraram-nos as roupas, os sapatos e até os cabelos; se falarmos, não nos escutarão, e caso nos escutassem, não nos entenderiam. Até mesmo o nome nos tiraram: e se quisermos conservá-lo deveremos encontrar dentro uma força arquitetada de tal maneira que, atrás do nome, algo nosso, algo do que um dia fomos, enfim permaneça. Pois imaginem agora um homem a quem (...) além de suas

peças amadas, roubem-lhe também a casa, os costumes, as roupas, tudo, literalmente tudo o que possui: será um homem vazio, reduzido ao sofrimento e à necessidade, vazio de dignidade, porque àqueles que perderam tudo ocorre que se perdem a si mesmos (LEVI, 1988, p. 37).

## 2.2. DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: ALGUNS PRECEITOS HISTÓRICOS

Se, junto à Amarante (1996, p.04) e como anteriormente apresentado, tomamos as diversas Reformas Psiquiátricas operada no mundo, e também no Brasil, enquanto propostas não homogêneas, singulares nas suas construções técnicas, sociais e históricas, podem entender que a desinstitucionalização também se apresenta nas suas expressões singulares. Ações e práticas que comportam, sobretudo, “partes indivisíveis de vidas reais” (NICÁCIO, 1989) e que se pretendem a não encarnação, reprodução e institucionalização do “*muslim*”.

Ao reafirmamos o suposto de que a Desinstitucionalização - na sua potencialidade reivindicadora e de luta - é o conceito orientador da Reforma Psiquiátrica, buscando questionamento permanente e desmonte dos dispositivos manicomial e institucionalizante, tomamos como referência primordial o que nos é apresentado por Amarante (2007) quando nos diz que a Reforma configura-se enquanto processualidade engendrada a partir de quatro dimensões que se inter-relacionam: (1) epistemológica; (2) jurídica-política; (3) técnico- assistencial e (4) sócio-cultural.

A primeira delas refere-se ao campo de produção de saberes instituídos historicamente pela psiquiatria e à necessária desconstrução dos seus conceitos fundantes. A dimensão jurídico-política é aquela que refere-se às lutas políticas protagonizadas por diversos atores (movimento social, associações de usuários e familiares, universidades, serviços, justiça) para a real transformação do estatuto jurídico-político do louco, conquista de novos direitos e afirmação da sua cidadania. No que tange à dimensão técnico-assistencial, tem-se aí a necessidade de incremento do campo prático de atuação com a expansão qualificada da rede de serviços e articulação entre os mesmos, objetivando a produção de novas subjetividades e a produção de vida digna a partir de espaços de sociabilidade, programas de geração de renda, moradia, apoio social etc. A dimensão sócio-cultural, por fim, seria aquela que diz respeito ao modo como a loucura é entendida e tratada culturalmente e à necessidade de



desconstruir preconceitos arraigados no imaginário social, estimulando a sociedade na acolhida da loucura como diferença.

De acordo com Barros (1994), a desinstitucionalização faz parte do contexto de reordenamento sócio-institucional ocorrido nas comunidades europeias e americanas, após as duas grandes guerras, quando do processo de maturação de suas democracias. É neste período que os Estados passaram a se responsabilizar, de forma instituída, pelos problemas sociais, visando empreender mudanças a partir das políticas do Estado do Bem-Estar Social, quando a assistência em saúde passa a ser compreendida como motor de desenvolvimento.

É a partir desta perspectiva que as primeiras ações de desinstitucionalização, surgidas nos EUA nos primeiros anos da década de 1960 do século XX, por intermédio do Plano de Saúde Mental durante o governo Kennedy (BARROS, 1994; AMARENTE, 1995, 1996, 2015), estavam direcionadas para medidas “saneadoras”, naquilo que Amarante (1996) denomina “desinstitucionalização como desospitalização”.

Um preventivismo que, de acordo com Lougon (1994), acontece fundamentalmente a partir da necessidade de aumento do número de altas, de diminuição de leitos e do tempo médio de permanência em hospitais, ainda que estivesse prevista e contemplada a possibilidade de que novas internações em instituições psiquiátricas fossem evitadas. Seriam, assim, estas as premissas que possibilitaram a proposta de Desospitalização, neste momento:

(...) prevenção de internações inadequadas em instituições psiquiátrica, procurando alternativas comunitárias para o tratamento; retorno para a comunidade de todos os pacientes institucionalizados que tiveram preparo para tal mudança; estabelecimento e manutenção de sistemas de suporte comunitário para as pessoas não-institucionalizadas que estejam recebendo serviços de saúde mental na comunidade (LOUGON, 1994, p.142).

Neste estágio de sua formulação, a proposta de desinstitucionalização que nasce, como acima citado, dos projetos de psiquiatria preventiva e comunitária americana (AMARENTE, 1995), centra sua crítica ao sistema psiquiátrico por (este) pautar-se na dispendiosa assistência hospitalar, contudo furtando-se à crítica à rede de relações existentes entre as práticas sociais, institucionais e os saberes que fundam o campo.

Apesar desta proposta de desinstitucionalização americana realizar uma crítica ao sistema psiquiátrico, centrado na assistência hospitalar, não faz a mesma crítica ao

saber que o sustenta, donde a "causa da falência do sistema psiquiátrico não estaria na psiquiatria, mas na má aplicação desta" (AMARANTE, 1996, p. 18). Além, propicia uma ampliação do território psiquiátrico, alargando o conceito de doença para o de anormalidade, desajustamento, assim tornando-se um obstáculo para transformações substanciais: neste momento, "o preventivismo tem sido um importante referencial teórico para uma nova estratégia de patologização e normalização social, fornecendo novas tecnologias e referenciais para a inscrição do sofrimento psíquico e do mal-estar social no rol das patologias" (*idem*, p.19). Trataria-se, assim, de uma psiquiatria que busca em seu campo epistêmico delinear o ideal de saúde mental, ausência de doenças mentais, o mesmo projeto da psiquiatria moderna, que almeja sua revivescência e sua atualização.

Um alargamento operado no campo da doença, que evidencia a função de controle dos distúrbios sociais por parte das instituições. Uma espécie de higienismo moral, por Basaglia (1985) denominada "capilaridade multidisciplinar", também responsável por fragilizar as barreiras entre a norma e o desvio. Neste caso, este "ideal preventivista", tal qual sistematicamente discutido por Costa (1976), também anuncia a tão conclamada interdisciplinaridade, esta mesmo que reorganizaria os saberes institucionais acerca dos "problemas mentais" em múltiplos e diversos critérios: "médicos, antropológicos, disciplinares, jurídicos e normativos" [que] "termina por construir novos objetos que, em última instância, servem para criar novos significados para o desvio e para a atitude desviante" (AMARANTE, 1996, p. 97), naquilo que hoje podemos designar enquanto o processo mais amplo de patologização e medicalização da vida (FREITAS e AMARANTE, 2015).

Também de acordo com Rotelli, Leonardis e Mauri (1990), podemos entender que neste momento a desinstitucionalização é correlata à crise das políticas de Saúde Mental que dela fizeram bandeira, mostrando-se coerente com as orientações neoliberais e conservadoras de redimensionamento do *Welfare State* e, via de regra, produz o abandono de uma parcela considerável da população (até então tida enquanto "psiquiátrica"), além de reforçar a prática da transinstitucionalização, que consiste na transferência de internos ("pacientes") de instituição para instituição.

Na mesma época em que os Estados norte-americanos, a partir das "*Community Mental Health*", "ensaíam" suas primeiras propostas de desinstitucionalização, também toda a Europa encampa propostas paralelas, ainda que mantendo suas singularidades, territoriais, sociais e políticas. Castel (1987) diz

tartarem-se de exemplos de *Aggiornamento* (“reformas”ou “atualização”, em italiano) que na realidade foram muito ligeiramente chamadas de desinstitucionalização: as já mencionadas Psiquiatria de Setor, na França e as Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra.

Já Rotelli (1990) chama estas propostas de mudanças, substancialmente ainda calcadas na medicina preventiva, de “psiquiatrias reformadas”, designação semelhante, em sentido, àquela dada por Castel (1987), uma vez que os questionamentos encampados e as reformulações propõe mudanças superficiais que não atingem o “dentro” do problema, atualizando o que lá já estava, ainda que com uma roupagem diferente. Segundo Nicácio (1989, p. 97) tratam-se de processos onde “os hospitais psiquiátricos permanecem como centro e como paradigma”.

Estes autores ainda nos dizem que uma das preocupações das reformas anunciadas a partir da década de 1960 nos países supracitados era a renovação da capacidade terapêutica da Psiquiatria, uma tentativa de adotar medidas que a liberassem das suas funções de controle social, coerção e segregação. Contudo, tais “reformas” ainda são medidas saneadoras e administrativas.

Rotelli, De Leornardis e Mauri (1990) também esclarecem que as práticas das psiquiatrias reformadas não substituem os manicômios por serviços territoriais mantêdo-os, assim, como integrante da rede de assistência e como retaguarda dos casos para os quais não se consegue elaborar respostas adequadas, mantendo-se desta forma o núcleo institucional hospitalar enquanto primeira resposta para as situações de sofrimento e de “crise”, curiosamente o mesmo que pode ser percebido, modo geral, ainda hoje na realidade nas ações de assistência brasileira.

A justificativa mostra-se a mesma: para aqueles que não “aderem” ao cuidado e ao tratamento, a internação. Uma lógica do alternativo, portanto, não de efetiva “substituição”. Tal efeito pode ser entendido a partir de duas realidades: (1) multiplicação e especialização dos serviços; e (2) a simples existência e manutenção do manicômio (ou de estruturas análogas) enquanto resposta possível. Ambas alimentam e retroalimentam efeitos de abandono, cronicidade e a

“necessidade de lugares nos quais, temporariamente, [se] possa ‘despejar’ e internar os pacientes” [onde] “um número maciço e crescente de crônicos, um sentimento difuso de impotência e frustração entre os operadores e a necessidade de locais de internação que funcionem como válvula de escape” (ROTELLI, DE LEORNARDIS E MAURI, 1990, p.23-4).

Acerca deste período, Venturini (2016) também nos apresenta uma perspectiva:

No surgimento e no desenvolvimento desse processo, entrelaçam-se motivações e procedimentos por vezes opostos: desde o reconhecimento dos direitos dos pacientes, negados dentro dos manicômios, até a racionalização dos custos da assistência hospitalar arcaica e ineficiente (...) tal processo representou, no campo da Saúde mental, uma fase de relevância tanto para a Europa quanto para os Estados Unidos durante os anos de 70 e 80 do século XX (*idem*, p.14)

De acordo com Yassul (2010) também os países da América Latina encaminham propostas semelhantes, influenciados pela perspectiva preventivista e a partir de discussões entre os então chamados “Ministros da Saúde”, por esta mesma ocasião e década.

É assim que, para Venturini (2016), o termo “desinstitucionalização” traz, na sua raiz e em função dos processos históricos e institucionais de seu engendramento, uma clara ambiguidade. Por um lado, marca um simples processo de desospitalização e transinstitucionalização ou, ainda, de tentativa de “humanização” do manicômio. Por outro, aquele que nos interessa, indica um processo de caminhada em direção à mudança radical do paradigma da psiquiatria, uma ruptura com o saber médico psiquiátrico enquanto obstáculo epistemológico (Amarante, 2015), este reforçador histórico da instituição hospitalar como a principal referência da atenção em Saúde Mental, em todo o mundo.

Neste segundo tocante, aquele que se refere a um processo de mudança radical, a desinstitucionalização se consolidaria enquanto estratégia de negação da psiquiatria enquanto ideologia realizada na prática (AMARANTE, 1996), personificada na lógica de internamento, de segregação, de normatização e de cronificação de um dado “sofrimento mental”.

Subverter esta ‘ideologia’ e esta ‘prática’ consiste, nas palavras de Rotelli (1990), realizar uma ‘troca’: não mais o tratamento, mas a emancipação, não mais a restituição da saúde, mas sua invenção, não mais a reparação, mas a reprodução social das pessoas, num processo constante de singularização e ressingularização. Proposta, portanto, não só de uma crítica ao saber psiquiátrico, mas também à função social cumprida pelos técnicos operadores da “saúde” e pela ciência (AMARENTE, 1996, p. 23).

Tenho ouvido uma conceitualização da crítica institucional toda referida à era do manicômio, reduzida ao problema de humanização, de

eliminação de uma violência adicional e supérflua. Período que portanto se declara limitado e concluído. Creio que este equívoco seja fruto de uma banalização que desvia o caminho, interessada em reduzir e exorcizar os efeitos da ruptura epistemológica introduzida pela Instituição Negada e em "reautonomizar" a Psiquiatria" (ROTELLI, 1990, p.01).

Assim, não só com relação ao ideal preventivista e as práticas e ideários higienistas e racistas que sustentam a psiquiatria moderna, como nos sinaliza Costa (1976), a partir de um determinado momento também "o projeto de desinstitucionalização volta-se para a superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna, em sua racionalidade de causa e efeito, para voltar-se para a intervenção da realidade enquanto um processo histórico" (*idem*, p. 10-1). Na psiquiatria de ideário preventivista, o é sujeito a-histórico, porque calcado na ideia de sujeito "ideal", modelar. Na prática de cuidado não asilar, psicossocial, o sujeito concreto enquanto potencialidade atuante na escrita de sua "obra". Construído e construtor de sua materialidade a partir de (sua) História.

Venturini (2016, p. 67-70), em um artigo intitulado *As palavras da Desinstitucionalização* se propôs a uma breve transição daquilo que foi produzido, no âmbito teórico, acerca das práticas desinstitucionalizantes neste período. É com ele que, a seguir, apontaremos alguns autores.

Pirella (1995 *apud* VENTURINI, 2016) é quem nos diz que podemos definir a desinstitucionalização como um conjunto de ações administrativa, operacionais, gerenciais, interpessoais, que determinam uma modificação progressiva do estatuto do usuário na direção da negação das instituições totais. Já De Leonardis (1991 *apud* VENTURINI, *idem*) teria sido responsável pela elaboração das ideias de invenção, desconstrução do paradigma problema/solução, considerando a desinstitucionalização uma metodologia inovadora, fundamentalmente calcada na experiência e na invenção de estratégias práticas, que acolhem em seu interior as contradições e incertezas, lógicas e práticas. Indiretas. Mas, sobretudo, na aprendizagem, possível a partir da capacidade de capitalização das experiências dos usuários e da derrubada do senso comum. Segundo Piccione (1995 *apud* VENTURINI, *idem*), pode-se dizer que a desinstitucionalização é um modelo articulado em dois níveis, manicomial e territorial, indicando, sobremaneira, a necessidade de desmonte do aparato psiquiátrico (a instituição) em direção à reconstrução de uma nova psiquiatria interessada pelo sofrimento mental historicizado e constextualizado, e não mais a "doença". Já Tranchina (1993 *apud* VENTURINI, *idem*)

teria introduzido, segundo Venturini (*idem*) a dimensão ecológica do processo, principalmente quando aponta a necessidade de denuncia constante da “normalização” dos atos de exclusão, de violência. Para Serrano e Canosa (1992 *apud* VENTURINI, *idem*), o valor da desinstitucionalização encontra-se na capacidade de inserção dos pacientes no campo dos sujeitos sociais, uma construção e invenção das possibilidades de fruir e produzir, sublinhando, assim, o valor das práticas dos direitos de cidadania. Por fim, Venturini aponta para a produção de Marzi (1993 *apud* VENTURINI, *idem*), para quem a desinstitucionalização seria parte de uma revolução simbólica mais geral, não restrita à proposta de substituição de um poder por outro, pressupondo, contudo, um processo contínuo e indefinido de transformação.

Distintas das propostas e práticas da experiência americana e francesa, e um pouco mais adiante, as práticas antisistucionais da Antipsiquiatria Inglesa, encampadas pelos médicos psiquiatras David Cooper (1967) e Ronald Laing (1982), nas décadas de 1960 e 1970 (Castelo Branco, *in* VEIGA NETO, 2013), teriam consolidado, segundo Foucault (2014), uma primeira experiência de contestação radical à ordem psiquiátrica, uma vez que questiona não somente a sua validade, mas também a própria noção de doença mental, uma “lufada de vento fresco no interior dos muros dos hospitais psiquiátricos” (FOUCAULT, 2014, p. 58), ainda que de maneira diferente daquela operada por Franco Basaglia na Itália (AMARANTE, 2015).

(...) as lutas antiinstitucionais dos anos 1960 têm direções variadas, revelando o caráter abrangente de crítica social. Dirigiam-se contra a escola, a família, os partidos, o Estado, a igreja, caracterizando-se como movimentos de contracultura. O termo antiinstitucionalização, no que concerne à prática psiquiátrica, identifica-se com a antipsiquiatria de Tomaz Zsasz, David Cooper e Ronald Laing (GOULART, 2007, p. 19)

É desta maneira que, tendo como referência temporal a segunda metade do século XX, Padilha e Morais (2005, p. 84) sinalizam que Rotelli nos convida a pensar a desinstitucionalização a partir das relações entre técnica e política, explicitando a matriz de exclusão social que legitima a construção dos manicômios e que funda a Psiquiatria, atribuindo a essas duas instituições o controle dos grupos sociais e dos indivíduos que não correspondem às regras e aos cânones da ideologia dominante.

Também Barros (1993) nos diz que a desinstitucionalização, a partir deste momento, é aquela que se verifica através do desmonte dos aparelhos que lhes sustentam, traduzidos pela luta contra a violência, a desmistificação dos preceitos do

hospital psiquiátrico, além da criação de serviços com potencial para distanciar-se da lógica da exclusão e da opressão.

Rotelli (1990b) é também responsável por uma reflexão importante, por sua radicalidade. Em seu texto intitulado *A Instituição Inventada*, nos adverte quanto a um equívoco, para o qual devemos nos atentar: o fato de que a instituição que deveria ser colocada em xeque, nesta construção, não é o manicômio, mas a própria loucura, esta o verdadeiro objeto de ruptura do paradigma médico e clínico, sobre as quais estão fundamentadas as instituições da doença.

Nos mesmos termos Machado e Lavrador (2001) nos dizem que tanto a Luta Antimanicomial quanto a Reforma Psiquiátrica brasileira ainda não teriam sido capazes de verdadeiramente romper com uma perspectiva da exclusão e de efetivar, na sua viceralidade, os termos do “Cuidado em Liberdade”, uma vez que mostramos ainda aprisionados por aquilo que denominam “desejo de manicômio” (Machado e Lavrador 2001 *apud* ZAMORRA, 2008, p. 111), qual seja, o desejo de tutela e controle sobre aquele que perturba, dentro e fora do manicômio, para o qual não se tem respostas fáceis e que assim desafia o cotidiano do serviço e suas ofertas muitas vezes pré-moldadas de atendimentos, nas suas práticas institucionais e de fabricação do mesmo.

Neste tocante, Amarante (1996, p. 32-3) nos alerta para o fato de que a desinstitucionalização implica em uma desconstrução (dos conceitos de loucura, periculosidade e anomalia) que demanda um envolvimento mais amplo que apenas científico e acadêmicos, por tartar-se também de ação política de construção de uma nova realidade, de outras histórias, de perspectivas de vida e subjetivas outras, trazendo para campo, mas também para todos nós, solicitação de modificação da experiência da loucura e do sofrimento humano. Uma desconstrução radical de nossos “manicômios mentais”, como nos adverte Pelbart (1993).

Acreditamos firmemente que é somente mediante um processo de desmonte do “desejo de manicômio” e de todo o aparato que lhe serve de sustentação, que torna possível que espaços, concretos e simbólicos, de novos saberes e práticas sejam abertos. Estes, capazes de caminhar na contramão da história da exclusão da loucura e de afirmar as contradições de nossas relações e existências: “o social, o sanitário, a justiça, a norma, o poder, a festa, o dinheiro, as instituições, as leis, as avaliações, a afetividade, as administrações, a loucura. Não nos recusaremos a

atravessar nenhum desses níveis” (ROTELLI, 1991, p. 11).

Um pouco desta proposta “visceral” foi possível no fazer-saber da desinstitucionalização italiana, por afastar-se, sobremaneira, das propostas da “psiquiatria reformada” e da lógica do *aggiornamento*, anteriormente aludidas. Longe de pretender que a desinstitucionalização italiana nos sirva de “molde” e capture as ações concretas – ou, como nos alerta Nicácio (1989), longe de quereremos tomá-la como uma “revelação” – propomo-nos a tangenciá-la nas suas características históricas, contraditórias, tridimensional. Ainda que também Venturini (2016, p.17) nos sinalize quanto aos riscos de sua mistificação, o que por si apequenaria a sua potencialidade renovadora e revolucionária, pensamos ser importante contextualizar o seu sugimento, para que sigamos adiante em nossas discussões.

### 2.3 A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO ITALIANA: DA NEGAÇÃO À POTÊNCIA DA REINVENÇÃO

O movimento ético e político capitaneado por Franco Basaglia e sua equipe foi, de acordo com Amarante (1995, 1996, 2015), operador de uma prática que construiu uma das mais radicais transformações no campo da psiquiatria e dos saberes sócias acerca da loucura, a partir dos movimentos então denominados “Psiquiatria Democrática” e “Rede Alternativa à Psiquiatria” (Cf. BARROS, 1994; GOULART, 2004, 2007; ROTELLI, 1990).

Para Nicácio (1989, p. 97), trata-se de um movimento único no âmbito internacional, responsável por abrir as portas do manicômio “rompendo efetivamente com a psiquiatria” e que se diferencia das propostas de reforma que a ateceram na década de 1960.

Amarante (1996) nos diz que este projeto volta-se, na sua centralidade e fundamentalmente, para a crítica e superação do ideal positivista da Ciência Moderna, em sua premissa calcada na racionalidade de causa e efeito, e para direcionar-se para a “investigação da realidade enquanto um processo histórico” (*idem*, p. 25).

Basaglia e seus colaboradores assim não só elaboram um corpo teórico, mas também organizam um conjunto de estratégias para lidar, em última análise, com a psiquiatria enquanto uma resultante de dispositivos de saberes e poderes inseridos numa *episteme* maior, donde a sua originalidade, e também a maior consequência, consiste em



ampliar e dilatar o escopo de estudo sobre a loucura, "desterritorializando-o dos limites psiquiátricos" (*idem, ibidem*) e do constructo de ciência que a subsidia.

(...) a produção basagliana pode ser entendida como um importante marco de referimento de uma 'fase de transição' do paradigma psiquiátrico moderno, que se situa numa transição maior, que é a da ciência da modernidade (*idem, p.24*)

Numa perspectiva de revisão e crítica deste ideal, as experiências italianas inscrevem-se, de acordo com Amarante (2015), num período de transição, iniciada em uma fase de distanciamento do paradigma clássico da ciência e da psiquiatria. Basaglia teria captado a abertura de um novo contexto prático-discursivo, recomplexificando a loucura e, doravante, contribuindo com algumas estratégias cognitivas e práticas para o campo do conhecimento. Vejamos.

É no Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia, no extremo norte da Itália, que o médico italiano passa a pensar a instituição hospitalar ao assumir a sua direção, no ano de 1961. Impactado com a realidade manicomial que presencia, entra em contato com as experiências de Desistencialização encampadas anteriormente, objetivando aplicá-las em Gorizia.

Podemos dizer que, neste momento, a pretensão do seu trabalho diz respeito à "transformação do manicômio em um hospital de cura" (Basaglia, 1981, p. 255, *Apud* AMARANTE, 1996), no âmbito intra-hospitalar portanto, envolvendo todos os "atores" atuantes no hospital, o que inclui os internos. Momento que resulta de suas reflexões acerca da fenomenologia existencial husserliana e sua *démarche*:

O pensamento fenomenológico existencial, surgido como resposta à desumanização na qual havia entrado a Europa durante a segunda guerra Mundial, colocava em discussão o problema do homem, não mais como entidade abstrata, definível segundo um sistema de categorias fechadas, mas como sujeito-objeto de um sofrimento social (...). A fenomenologia existencial poderia ser, enfim, um primeiro instrumento de desmacramento do terreno ideológico sobre o qual a ciência se funda, reivindicando a autonomia e a compreensão do dado, através do conhecimento das diversas modalidades de seu existir (Basaglia, 1981, p. XX-XXI).

Também Silva (2011) nos diz que o conceito oriundo da fenomenologia husserliana é tomado para referendar não apenas uma "negação", superação/desconstrução, mas um gesto de "afirmação":

Como consequência da negação da loucura, como sendo este objeto fictício que alimentava uma cadeia de práticas de violência e segregação - e da negação do mandato social da psiquiatria de atuar coercitivamente para curar/isolar a doença e sua periculosidade correlata -, teremos uma “instituição inventada”: novas instituições para darem conta da loucura como existência- sofrimento, objeto instável que passa a exigir um processo contínuo de reinvenção de suas práticas (*idem*, p. 114).

Basaglia assim inicia uma *démarche* epistemológica que pretende não reforçar a utilidade até então designada à psicopatologia e às classificações etiológicas da psiquiatria moderna. Dois autores centrais despontam como referência neste momento: o já mencionado Goffman, particularmente com o seu trabalho *Manicomios, Prisões e Conventos* (2007) e Foucault (2014), com sua tese de doutorado *História da Loucura*, ao apresentarem uma “perspectiva crítica quanto à função da instituição psiquiátrica e contribuem para redimensionar o projeto de transformação” (AMARANTE, 1996, p. 73).

Amarante (*idem*) nos diz que, neste momento do trabalho do italiano, que pode ser denominado uma fase de “crítica institucional”, sobressai-se o questionamento acerca da psiquiatria enquanto instrumento de saber e poder, de controle e segregação, disparada pelo contato com a já citada Fenomenologia, a partir também da negação da psiquiatria enquanto ideologia, tomando maior envergadura sua crítica à cientificidade psiquiátrica e, por conseguinte, os primeiros momentos de negação do conceito de doença mental enquanto construção teórica.

A psiquiatria clássica de fato está limitada à definição das síndromes nas quais o doente, extraído de sua realidade e retirado do contexto social em que vive, vem etiquetado, “constrangido” a aderir a uma doença abstrata, simbólica e, enquanto tal, ideológica (BASAGLIA, 1981, p. 309)

Basaglia (1981) nos diz que a psiquiatria realizada enquanto ideologia concretiza-se essencialmente em função do distanciamento do médico (pesquisador) do campo próprio da pesquisa, do seu “objeto”, a saber, o sujeito transformado em “doente”, o seu sofrimento e sua condição real de institucionalização. É a discussão dos métodos de “aquisição” e “construção” do conhecimento psiquiátrico sendo colocado em pauta. Amarante (*idem*) nos indica que a discussão do método científico e da pesquisa psiquiátrica toma enquanto referencial importante as reflexões de Sartre encampadas na década de 1960 e contidas fundamentalmente no seu trabalho *Crítica da*

*Razão Dialética* (SARTE, 2002), e aprofunda a crítica à “psiquiatria reformada”. Assim, os referenciais anteriormente tomados enquanto possíveis instrumentalizadores do trabalho em Gorizia passam a ser, progressivamente, duramente criticados, por tratarem-se de

(...) um conjunto de técnicas de modernização do saber psiquiátrico que, fundadas basicamente na abordagem psicoterapêutica e nas “relações sociais” da psiquiatria, adotam os mesmos esquemas positivistas que renovam o ideal de vocação terapêutica, a camuflar suas verdadeiras funções sociais (AMARANTE, 1996, p. 79).

Uma clara crítica às “transformações asilares”, ao reformismo, à manutenção da tentativa de depositar na reformulação e reavaliação técnica, e a elas exclusivamente, a responsabilidade por modificações da proposta assistencial no campo, na medida em que “a realidade do manicômio é extremamente dramática para permitir a ilusão de a solução esteja restrita, tão-somente, a uma resposta técnica” (*idem*, p. 77).

Assim, aprofunda-se uma primeira “negação”, que ultrapassa a negação presente na recusa (político-ideológica) da “doença mental” e que vai em direção à negação do próprio “ato terapêutico”. Nas palavras de Basaglia (1985, p. 476), ambos “elementos que remetem a mecanismos à doença e à cura”. Uma negação: à psiquiatria enquanto ideologia responsável pela designação histórica da loucura enquanto doença. Uma segunda: da reformulação de suas práticas e técnicas, possuidora de mandato social para sua “cura” e custódia. Uma terceira: negação do controle social exercido pela instituição e, por conseguinte, a tudo que se engendra a partir dela, em especial a violência e a exclusão.

Como operacionalizar estas “negações”? Basaglia, referendado pelos trabalhos de Gramsci (1968) e, novamente, de Sartre (2002) direciona o trabalho em Gorizia para três grandes nortes: “a origem e o pertencimento de classe dos internos do hospital; a pretensão de neutralidade e de produção de verdade das ciências; a função social de tutela e controle social da psiquiatria, do manicômio e do técnico na construção da hegemonia” (Slavich, 1989, *Apud* AMARANTE, 1996, p. 78) estes, executores daquilo que Basaglia denominou “crimes da Paz”, sobre pretexto legal e científico, de recuperação.

O mesmo nos afirmam Rotteli, De Leonardis e Mauri (1990), acerca deste processo:

Depois de descartar a “a solução-cura”, se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transforme

os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme a sua vida concreta cotidiana, que alimenta esse sofrimento (*idem*, p. 33).

Desconstruir o paradigma racionalista e positivista - problema-solução x doença-cura - colocar a doença mental entre parênteses e superação do duplo da doença mental, operações por demais caras ao trabalho de desinstitucionalização italiana, como nos sinaliza Amarante (2015). Assim, uma vez que distancia-se do paradigma racionalista, o objeto que se coloca para as práticas de cuidado deixa de ser a doença, para a qual se oferece a cura, e passa a ser, como nos orienta Rotelli (1990b, p. 91) a “existência-sofrimento da pessoa em sua relação com o corpo social”. Propõe-se, desta feita, ensejar novas respostas para a pessoa em sofrimento e, ao contrário do seu isolamento para o suposto tratamento e cura, o olhar volta-se para a possibilidade de (re)invenção de saúde e da vida.

Na ação de colocar a doença entre parêntese, dizemos da “escolha” de não mais ocupar-se da doença mental enquanto conceito psiquiátrico, mas sim de tudo aquilo que conforma-se em torno da doença, aquilo que precede a sua classificação. Trata-se, portanto, de uma inversão dialética da questão psiquiátrica, esta que nos ensina a isolar e colocar entre parêntese o “doente” e a nos ocuparmos das definições abstratas da doença e de seus sintomas.

Coloca-se, assim, não o sujeito (doente) em destaque, apartado de si pela cortina da doença mas, agora, a própria “doença mental” enquanto conceito construído e criado por um dado saber, por aquele que a observa (psiquiatra-pesquisador-classificador) e, em última instância, pela própria ciência. Basaglia (1981) novamente se pergunta qual o poder e o papel da instituição hospitalar e agora, da psicopatologia, nesta construção. Nos termos colocados por Amarante (1996, p. 83), arguir-se “quanto às condições e operações desta construção”.

Novamente a questão do papel ideológico da psiquiatria é endossado, a medida que não trata-se de negar a existência da doença e do sofrimento, mas de afirmar que o objeto e sintomas sobre o qual se debruça, lhes são estranhos. Assim, opera-se a negação da capacidade da psiquiatria em “dar conta do fenômeno da loucura e da experiência do sofrimento (...) uma recusa da positividade do saber psiquiátrico em explicar e compreender a loucura/sofrimento psíquico” (*idem*, p. 84).

Deriva aí a problemática do ‘duplo da doença mental’, que diz respeito à capacidade de observar, criticamente, o que não é próprio da condição de estar doente, a

série de condições que dizem respeito à institucionalização, e que nos abre um caminho em direção à possibilidade de conhecer, a partir de um outro olhar e de outros afetos, outras condições para o sofrimento.

O imperativo deste “duplo”, assim, diz respeito àquilo que se sobrepõe à doença, conformada em função do *processo de institucionalização*. Do “estar internado”, observou Basaglia e nos diz Amarante (2015), resulta tudo que se constrói em termos institucionais: negação da subjetividade do louco e negação da sua identidade, a partir de sua objetificação. A história da institucionalização manicomial moderna lidou, na verdade, com o objeto e não mais com os sujeitos. Fez-se assim possível a operação histórica de associação deste “objeto” com as figuras do perigoso, do violento, do irrecuperável, do monstruoso, do anormal, do desviante, do drogadito, daquele a quem se é impossível compreender e a quem se deve anular.

Segundo Amarante (1996; 2015) as duas operações acima citadas apontam, na *práxis* e na construção epistemológica ensejada por Basaglia, para dois outros conceitos importantes para o projeto que se delinea (particularmente em Gorizia): o de Institucionalização e de Poder Institucionalizante, ambos derivados do conceito de Neurose Institucional, proposto por Burton (1959) e o já citado conceito de Instituição Total, de Goffman, junto ao de “mortificação do eu”.

Podemos dizer que Basaglia identifica na institucionalização, graças ao engendramento das instituições totais modernas, um problema, responsável por colocar, ao contrário de uma solução terapêutica, sofrimento e alienação aos internados. Não é difícil, na prática, observar estes efeitos. Adentrar um hospital psiquiátrico, ou qualquer outra instituição total, é perceber seus efeitos deletérios em todos os âmbitos do corpo e subjetivos - na vida, portanto – do sujeito institucionalizado.

Também aqui o conceito de mortificação do eu (...) que designa um processo de desfiguração, profanação e violação do sujeito institucionalizado, denota a importância de *Asyluns*<sup>14</sup> para o projeto de desinstitucionalização. Em suma, é uma decorrência do saber psiquiátrico construído sobre a loucura, entendida como *ausência de projeto*, que a psiquiatria permite-se submeter os internos ao processo de mortificação (...) dizem respeito à luta contra a institucionalização do ambiente externo e à luta contra completa do corpo hospitalar (institucionalização do médico, dos enfermeiros, do doente). (AMARANTE, 1996, p.88-90)

---

<sup>14</sup> Que no Brasil é publicado com o título do já citado livro *Manicômios, Prisões e Conventos* (GOFFMAN, 2007)

Já o conceito de poder institucionalizante define-se, para Basaglia (1974), enquanto um conjunto de mecanismos e aparatos presentes na reclusão e de suas regras própria, responsável pelo processo de redução e restrição do eu, nem sempre reversível (os nossos “grau de comprometimento” e de “autonomia”).

Destacamos a importância, assumida pelo projeto de Gorizia, da compreensão de uma transformação que é também dialética, uma vez que não circunscrita, unicamente, ao âmbito institucional, mas envolve um processo maior, *fora*. Compreensão, assim, do processo de inclusão e exclusão social do louco do espaço “social”. Problematiza-se, portanto, a exclusão, o estigma social, a característica (e função) de “ortopedia social”, calcada nas bases do Alienismo. Nos termos apresentados por Amarante (2015), problematizar e dialetizar a doença concebida enquanto negatividade sem projeto.

O trabalho mais significativo traduzido para o português, e que se pretende à relatar todo o percurso construído coletivamente no Hospital de Gorizia é o já citado - e belo livro - *A Instituição Negada. Relato de um hospital psiquiátrico*, publicado no Brasil no ano de 1985. Contudo, é importante apontar que a proposta de desinstitucionalização italiana estende-se, ainda, para os trabalhos realizados no Hospital de Trieste (hoje ainda pólo de prática e de formação para os estudantes e trabalhadores do campo, de todo o mundo) onde se lia, pichado pelos muros da cidade “A liberdade é Terapêutica”, anos depois do fim da experiência em Gorizia.

Basaglia desencadeou e liderou, nos limites das instituições psiquiátricas, a passagem de um movimento filosófico (antropocêntrico e existencialista), humanista, para um movimento social e politizado, crescentemente inspirado pelo marxismo e pela filosofia da práxis (...) Essa iniciativa marcará profundamente a vida cotidiana e cultural na Itália, na medida em que se articula com os questionamentos e protestos da segunda metade da década de 1960, que se estenderiam pelos anos de 1970 (GOULART, 2007, p. 41)

Eis aí, a partir de nossa experiência, um dos maiores desafios ainda hoje colocados para os processos da Reforma e da Desinstitucionalização, uma vez que parece-nos evidente que a reconstrução das relações entre sociedade e loucura coloca-se de maneira tão central quanto a desconstrução do manicômio e da relação entre psiquiatria e doença, onde o fundamental, como nos indica Venturini (2016), é não apenas fechar, mas abrir. O desafio da construção de uma rede de cuidado, efetivamente substitutiva às internações em instituições psiquiátricas coloca-se enquanto construção

cotidiana e ainda inconclusa. Também a cada dia mais incerta, em especial a partir do ano de 2016.

De acordo com Barros (1994), este “fechar” se daria por intermédio do desmonte dos aparelhos que dão sustentação à “lógica manicomial” e que podem ser traduzidos pela luta contra a violência e a desmistificação dos preceitos curativos do hospital psiquiátrico. O “abrir”, a partir da criação de serviços de saúde operacionalizados a partir de uma lógica diferente da exclusão e da segregação. Tanto este “fechar” quanto este “abrir” são estratégias e percursos construído, necessariamente, com muitas mãos, o que lhes imprime características de grande beleza, mas também de grandes desafios e dificuldades.

É deste modo que um percurso que vai da “negação” à “invenção” foi apontado, e delineado, por Rotelli (1990b) em seu importante texto “ A instituição inventada”. Junto à Nicacio (1989), a Amarante (2015) e o próprio Basaglia - que, após quase vinte e cinco anos da publicação de “A Instituição Negada” e do “Psiquiatria Alternativa” publica, no ano de 1978, seus “Escritos Seleccionados” (BASAGLIA, 1978) - Rotelli nos indica alguns dos aspectos deste percurso, pensado de forma mais contundente a partir da experiência em Trieste e nos diz da preocupação frente a possibilidade de incorrer numa reinstitucionalização da psiquiatria e de seu mandato social.

A questão paradoxal que se apresentada é: como ser possível operacionalizar uma desinstitucionalização na sua radicalidade frente a realidade social de captura das diferenças, dos desvios e das contradições (AMARANTE, 2015) sem que esta surta, como consequência, desassistência? Basaglia (1985) nos diz de um trabalho fundamentado no “viver dialeticamente as contradições do real” (*idem*, p. 491) que implica a “inventar novas estratégias de mediação” (Basaglia *apud*, AMARENTE, 1996, p. 99), que incluam estratégias médicas, sociais, culturais e políticas, que devem ser tomadas pela crença num futuro ainda não dado, num outro destino social possível.

(...) é preciso buscar formas de tratamento que não devam, necessariamente, institucionalizar-se em regras e ordens codificadas (...) deve-se assumir a estratégia de formular um esboço de sistema de referimento que deve ser sistematicamente destruído e transcendido para, assim, tornar-se possível construir-desconstruir um novo tipo de relação entre doentes, técnicos e sociedade (*idem, ibidem*)

Como acima já mencionado, Rotteli (1990, p. 90) afirma ser a própria loucura o “objeto” a ser desinstitucionalizado: “(...) o projeto de desinstitucionalização coincide com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado (...) e não foi por acaso que tiveram que usar de violência para conseguirlo”.

Segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (1990), um dos *ethos* importante nesta reconstrução, além dos diferentes métodos e conteúdos da intervenção desinstitucionalizante nos hospitais acima citados, é o marco normativo promulgado na Itália no ano de 1978: a “Lei 180”, também conhecida como Lei Basaglia.

É com um aspecto importante desta Lei que nos propomos a encerrar este capítulo. Embora muito tenha sido escrito a seu respeito, ficamos com o referendado de Nicácio (1989, p. 98-9).

Lei votada e aprovada pelo Parlamento Italiano no ano de 1978 - com referendo proposto pelo Partido Radical, que recolheu na ocasião cerca de 500.000 assinaturas endossando-a - , acarreta ações concretas e importantes para a Reforma italiana, “ao abolir as internações psiquiátricas [*colocando*] efetivamente em questão o campo jurídico, da cidadania, das relações sociais e do trabalho e dos complexos mecanismos de exclusão social” (*idem*, p. 98), tanto porque

A lei proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos, os serviços de saúde mental passam a ser os serviços do território, podendo existir enfermarias psiquiátricas em Hospitais Gerais com no máximo quinze leitos; o estatuto jurídico com relação ao doente mental que durante o processo passou de internamento coagido a voluntário, depois hóspede, garante-lhe agora todos os direitos civis, incluindo o direito ao tratamento, fica abolido o estatuto de periculosidade social do doente mental, base de todas as legislações anteriores. (*idem*, p.99)

Contudo, da mesma forma que Rotelli (1990) nos alerta para o fato de que a lei não deve circunscrever-se unicamente enquanto um caminho para o engendramento de normativas, também Basaglia (1985) nos sinaliza que ela abre espaço, e coloca, mais contradições que resoluções, uma vez que a modificação na legislação apresenta ao campo uma questão importante, porém nova: a possibilidade de recusa dos usuários em aceitarem o “tratamento” ao mesmo tempo que implica de maneira contundente os serviços no cuidado. Consta, aí, “a proibição da internação e a obrigatoriedade dos serviços em intervir; a responsabilidade dos serviços e a liberdade do cidadão” (ROTELLI, 1990, p. 99).



Designada enquanto “Tratamento Sanitário Obrigatório”, tal (nova) concepção e contratualização quanto às ações de cuidado inviabilizam, como nos aponta Goulart (2007, p. 03), “o seqüestro e internamento compulsório dos doentes mentais. O tratamento psiquiátrico passa a ser, fundamentalmente, uma prática que deve contar com a aquiescência (“consenso e participação de quem é obrigado”) do doente, e a terapêutica deve ser atuada em serviços territoriais”.

Para Venturini (2010), estas experiências - a da não compulsoriedade do tratamento e também das internações em instituições psiquiátricas - dizem respeito ao ambicioso projeto de conquista dos espaços “reais” e “imaginários” das cidades e dos convívios coletivos para a diferença. Uma recusa das práticas de segregação e que teria na desinstitucionalização estratégia privilegiada para concretização do evitamento de novas internações e suas consequências institucionalizantes, políticas, policialescas, sociais e subjetivas.

A proposta, a seguir e num caminho inverso ao que foi apresentado até aqui, é traçar, junto aos autores selecionados, a construção epistêmica e histórica do louco enquanto aquele que representa algum tipo de perigo, à “funcionalidade” social e econômica, por meio de seu desajustamento e da construção do medo em torno das suas diferentes figuras.

### CAPÍTULO 3

## LOUCURA, DOENÇA MENTAL, DESVIO E PERICULOSIDADE: AQUELES A QUEM SE DEVE INVISIBILIZAR

*No plano da representação, não se trata dessa crueldade que podemos exercer uns sobre os outros (...) mas, sim, da crueldade muito mais terrível e necessária que as coisas podem exercer sobre nós. Não somos livres. O céu ainda pode cair sobre nossas cabeças*  
(Antonin Artaud)

*A poesia, como a liberdade, não precisa de objeto que a complete*  
(Paul Veyne)

“É noite. A babá Varka, de uns treze anos, embala o berço da criança e vai ronronando, quase imperceptivelmente”. É assim que o russo Anton Tchekhov (2005) nos introduz ao seu já clássico conto *Olhos mortos de sono*. Contista realista russo, tal qual nos informa Costa (2007), viveu entre os anos de 1860 e de 1904, foi também médico e nos escreve com prestreza uma cena ordinária, corriqueira, sufocantemente lenta, mas que redundando num ato extremo: uma menina, babá, responsável pelo cuidado de um bebê durante uma noite, ao responder às extenuantes demandas de sua ‘senhoria’, percebendo suas forças exaurirem, tem um lampejo de compreensão quanto à sua situação e à sua agonia: identifica na criança o inimigo que “a impede de viver”, separando-a do sono e, por conseguinte, do descanso. Após o lampejo, um infanticídio:

(...) Ri. Acha estranho que, até então, não tenha compreendido uma coisa tão simples. A mancha verde, as sombras e o grilo parecem igualmente, surpreendidos. A ideia absurda toma conta de Varka. Ergue-se do tamborete e passeia pelo quarto, sem piscar, um sorriso largo no rosto. Está contente e excitada com a ideia de que, dentro de um instante, vai livrar-se da criança, que a deixa amarrada de pés e mãos... Matar a criança e, depois, dormir, dormir, dormir...Rindo, pestanejando e ameaçando a mancha verde com os dedos, Varka aproxima-se cautelosa do berço e inclina-se sobre a criança. Depois de estrangulá-la, deita-se rapidamente no chão, ri de alegria porque já pode

dormir e, um instante depois, dorme profundamente, como se estivesse morta (...) (TCHEKHOV, 2005, p.67).

Que riso é este que, tal qual nos anuncia o texto do escritor russo, antecede um ato extremo? Em que momento da história ocidental passamos a entendê-lo - no imaginário social ao menos nos últimos 200 anos - como signo de desvario, de desrazão, de anormalidade e patologia? De periculosidade? Quando passamos a associar este riso, em conjunto aos “extremos”, aos “comportamentos estranhos ou fora da norma”, à “falta de razoabilidade”, “ao diferente”, em suma, à “doença”, a ser silenciada, excluída, curada?

Vascon, no relato introdutório ao livro *Instituição Negada*, nos faz um questionamento salutar: "onde estão os perigosos?" (Vascon in BASAGLIA, 1985, p.23). Ao relatar, junto a outros profissionais e a partir de entrevistas com trabalhadores e pacientes do Hospital Psiquiátrico italiano de Goriza, e a partir de suas vivências, escreve:

(...) A essa altura o visitante, inteiramente perplexo, não tem condições de discernir o doente do médico ou do enfermeiro (...) não há perigosos. Os que gritam, se agitam, tentam atacar médicos, enfermeiros e visitantes não existem, porque como nesta comunidade não há grades, portões, camisas-de-força, - meios de coerção geradores de violência - não se sente o clima de angústia e tumultos característicos de instituições análogas. (*idem*, p.24)

É a partir deste questionamento e deste relato que, neste capítulo, buscaremos discorrer sobre a construção histórica da loucura enquanto uma doença, a ser curada, tanto porque também associada ao sujeito perigoso, aquele a quem é preciso invisibilizar ao restante da sociedade. Entendemos que a construção social do sujeito perigoso vinculado à figura do louco encontra-se na atualidade impregnada em todos aqueles que ameaçam a hegemonia histórica política de certos grupos. A grande e assustadora figura do *outro*, identificado com mais afinco à figura do drogadito na contemporaneidade. Mas porque naturalizamos a ideia de que o louco é perigoso?

Para tentar responder a estas questões iniciamos a discussão apresentando a consolidação progressiva dos discursos da medicina mental sobre loucura e, posteriormente, um breve caminho na consolidação desta “naturalização” e sua vinculação progressiva às práticas judiciárias.

### 3.1. LOUCURA: AS ÉPOCAS E SEUS NOMES

Nesta discussão, tomamos de empréstimo os títulos de alguns trabalhos de Pessoti, *A Loucura e as Épocas* (1994), *O Século dos Manicômio* (1996) e *Os Nomes da Loucura* (1999). Também porque nos será cara a sua leitura, junto a outros autores a serem citados e abordados ao longo do texto.

Num primeiro momento, junto ao que anuncia o autor, nossa preocupação é bastante modesta: a caracterização da loucura ao longo das épocas para, então e a seguir, associar esta construção ao entendimento do louco como aquele que representa ameaça.

Pessotti (1994) nos conta que na Antiguidade Grega pré-socrática não identificamos ainda uma estrutura de “natureza humana” onde distorções, delas advindas, possam ser percebidas. Possíveis “aberrações” são atribuídas às forças e às entidades conhecidas, dada a ausência de vislumbre psicológico do “conhece-te a ti mesmo” socrático. Para ele “os textos que sustentam essa afirmação são numerosos, como a *Ilíada*, de Homero ou *As Obras e os Dias*, de Hesíodo” (*idem*, p. 13).

Aqui temos identificado por ele o homem como objeto inerte, à mercê de agentes não humanos. As divindades, forçando as iniciativas humanas, roubam-lhe a “razão”. “A loucura seria, então, recurso da divindade para que seus projetos ou caprichos não sejam contrastados pela vontade humana” (*idem*, p. 14).

Podemos dizer que o comportamento tomado como “irracional” é, neste momento, induzido por uma ordenação transcendente à natureza humana, donde tanto os atos ajustados quanto os insensatos seriam inevitáveis, necessários por aqueles que os praticam.

Referência da cultura escrita e registrada da época, segundo Pessotti, Homero e seus poemas caracterizariam o primeiro “modelo” teórico da loucura registrado no ocidente. Modelo mitológico onde a loucura é um “estado de desrazão, de perda do controle sobre si mesmo, de insensatez” (...) onde o “homem perde, ou pode perder, o contato ordenado com a realidade física ou social” (*idem*, p. 16) por obra dos deuses, sendo por ocasião a “etiologia” da loucura, mitológica.

No pensamento da época, assim, não há espaço para a ideia de patologia, “doença mental”, desequilíbrio emocional ou algo equivalente. Visto que a loucura pode ser entendida como um “acidente de percurso”, ela não acarreta nenhum estigma. Não havendo “doença”, não há necessidade de “cura”. Para o autor, o que hoje chamaríamos

de doença mental não seria mais que uma transgressão de uma norma social tácita ou explícita, uma des-ordem. Nos diz ainda que na Epopeia homérica a loucura interessa apenas como “um estado emocional episódico dos personagens” (PESSOTTI, 1999, p.16), não possuindo nenhuma conotação patológica que necessitasse de precisão “diagnóstica”, sendo até de certa modo a loucura na poesia heroica um recurso literário.

A loucura, estado de *atê*, é apenas uma interferência transitória (e caprichosa) dos deuses sobre o pensamento e sobre a ação dos homens, o que pode levá-lo a eventuais comportamentos nocivos ou bizarros. Mudado o humor da divindade, a loucura e seus efeitos desaparecem (PESSOTTI, 1994, p.20).

Não apenas mitológico, mas também teleológico, este “modelo” terá reflexos duradouros e resgatados mais adiante, alguns séculos depois, em um outro contexto histórico-político, principalmente como nos diz Szasz (1978), em função da predominância do Cristianismo no pensamento da denominada “Idade Média”.

Por ora, diversos elementos da concepção homérica são transformados pelos escritores trágicos, em especial aqueles cujos escritos chegaram até nós: Ésquilo (525-456 a.C.), Sófocles (496-406 a. C) e Eurípedes (485-406 a.C), no que foi considerado “Idade Média Helênica”. Por ocasião, a loucura deixa de ser entendida apenas, ou sempre, como *atê*, perda do entendimento, “possessão” por obra dos deuses e seus agentes, tendo seu significado alterado, estendido, visto que passa a designar não apenas um estado de espírito daquele que transgride a ordem, mas também as consequências “trágicas” desta transgressão.

Para Vernant e Vidal-Naquet (1977), a matéria da tragédia é o “pensamento social próprio da cidade, especialmente o jurídico em pleno estado de elaboração” (*idem*, p.13), tomando por objeto “o homem que em si próprio vive este debate, coagido a fazer uma escolha, a orientar sua ação num universo de valores ambíguos onde jamais algo é estável e unívoco” (*idem, ibidem*), o que geraria um conflito e justificaria esta mudança de entendimento e postura em relação ao desvario, ou ao que escapa no âmbito das relações.

Modo geral, segundo Pessotti (1994), toda loucura trágica é, tipicamente, destempero, exacerbação, entendida como desequilíbrio de origem passional, tendo por seu contrário a prudência, a moderação, a temperança, onde o “conflito psicológico”, representando pelos (e nos) personagens trágicos, é componente da loucura, não sua origem.

(...) embora através da forma teatral, a loucura aparece como um estado que, mesmo incidental, é uma contingência natural da vida humana, do homem comum. Já não é um episódio dramático na vida dos heróis e decretado pelos deuses. Ela é, agora, sofrimento, distorção do pensamento, descontrole da paixão (PESSOTTI, 1999, p.16).

Assim, a loucura é sentida como sofrimento e como injusta imposição de circunstâncias, como fatalidade da existência humana individual. A loucura é percebida pelo louco, e por aqueles que os cercam, como “ação de forças com as quais não se pode lidar” (PESSOTTI, 1994, p. 27) e, para Nietzsche (1999), o próprio sentido da tragédia.

O sentido trágico da responsabilidade surge quando a ação humana constitui o objeto de uma reflexão, de um debate, mas ainda não adquiriu um estatuto tão autônomo que baste plenamente a si mesma. O domínio próprio da tragédia situa-se nessa zona fronteira onde os atos humanos vêm articular-se com as potências divinas, onde reverlam seu verdadeiro sentido, ignorado até por aqueles que os praticam e por eles são responsáveis, inserindo-se numa ordem que ultrapassa o homem e a ele escapa (VERNANT e VIDAL-NAQUET, 1977. P.14)

Segundo Pessotti (1994), contudo, é com Eurípides, amigo de Sócrates e dos sofistas – para Nietzsche (1999), signo maior do declínio da cultura helênica trágica e predecessor da cultura “da culpa” judaico-cristã que se segue – quem começa a desfazer-se o apelo a uma ordem transcendental como explicação para esta des-ordem. Começa a reconhecer-se a responsabilidade pessoal, fundada na ideia de dever e de compromisso com a racionalidade e não mais no “fatalismo” trágico. É o engendramento do “conhece-te a ti mesmo” e de uma nova origem para o entendimento acerca da loucura e do próprio comportamento humano, nos seus contextos mais variados. Gradualmente a interferência das divindades cede espaço enquanto causa para os conflitos das paixões, entre o desejo e norma ética e deveres. Espaço para uma visão mais “racionalista” das contradições e limitações do que é humano.

Para Pelbart (2009, p.24-6), a atitude platônica<sup>15</sup> em relação a loucura é complexa, ao distinguir modalidades: aquela que tem origem num favorecimento divino e aquela que é signo de hostilidade dos deuses, sendo estas expressões das diversas modalidades da experiência do insensato na Grécia Antiga. Ainda segundo Pelbart (*idem*)

---

<sup>15</sup> Segundo Derrida (1971) as referências de Platão à loucura estão sobretudo em Banquete, Fedro, Teeteto, Sofistas, Timeu, República, Leis.

concebe o filósofo grego a loucura enquanto um desarranjo na boa ordem entre partes do que ele concebe por *psyche*: “a *psyche* tradicional da cultura grega era entendida como a alma, entidade alheia às vicissitudes da vida prática, fisiológica, afetiva ou social. Na obra de Platão, ela passa a ser a parte essência do ser humano, aquilo que constitui o ‘homem em si’” (PESSOTTI, 1994, p.59).

Também para este autor (*idem*), também Sócrates discrimina modalidades distintas de loucura em dois grandes gêneros: aquela produzida por doenças humanas, responsável por explicar as perturbações do espírito pelo desequilíbrio do corpo (um Platão “ligeiramente organicista”) (*idem*, p. 25) e aquela “que por uma revulsão divina nos tira dos hábitos cotidianos” (Platão *apud* PELBART, 2009), da qual Sócrates parece dedicar interesse maior.

Platão, e logo a seguir Aristóteles (384-322 a. C.), adentram a classificação da loucura como pensadores importantes e determinantes de uma forma de pensamento que, posteriormente e a partir da obra médica de Claude Galeano (129-210 d. C.), exercerá influência duradoura sobre sua teorização. De acordo com Pessotti (1999), principalmente no *Timeu*, Platão (2004)<sup>16</sup> inaugura um critério ‘filosófico’ de classificação das formas de desvarios, que perdurará ainda por séculos.

Até em pleno século XIX, boa parte da argumentação polêmica sobre a questão da classificação discutirá a legitimidade da adoção de categorias filosóficas para ordenar a multiplicidade das formas de alienação mental. Uma contraprova da influência duradoura de Platão. Ou, mais precisamente, de uma influência platônico-aristotélica (PESSOTTI, 1999, p.22)

É a partir do século III a.C., por volta do ano de 460, data prevista de nascimento de Hipócrates, que os autores acima citados sinalizam para uma formulação teórica importante em torno do tema. Ao médico grego é atribuído o aprofundamento do distanciamento em relação aos mitos, uma vez que passa a conceber a loucura enquanto desarranjo de uma natureza orgânica, corporal. Neste momento, a perda da razão ou do controle sobre as emoções passam a ser efeito deste desarranjo.

A loucura, como desrazão, delírio ou ‘descontrole emocional’, tal qual anteriormente concebida pelos gregos em Homero e nos trágicos, passa a ser

---

<sup>16</sup> Neste livro Platão define a loucura como sendo um desvio da harmonia existente entre o sistema de três almas, por ele definido: *logistikón*, dedicada às funções racionais, ao *logos*; *thumoeides*, sediada no coração, destinada às atividades espirituais e afetivas; *epithumetikon*, situada nas vísceras, abaixo do diafragma, e responsável pelas unções apetitivas.

consequência de disfunções humorais, visto que a “doutrina” professada por Hipócrates - *Corpus Hippocraticum* - implica o reconhecimento da existência de processos orgânicos presidindo a fisiologia, guiados por leis que independem da razão e da vontade individual (PESSOTTI, 1999, p17-32). Pressuposto, ainda, de que o equilíbrio entre as condições ambientais e as funções orgânicas constitui a saúde, o bem-estar, a normalidade, e a ruptura entre ambos constituiria a doença.

Pelbart (2009) situa a teoria hipocrática no campo do nascimento da racionalidade médica no domínio da loucura, uma racionalidade que oporia a “doença sagrada” à “doença epiléptica”. Para Pessotti (*idem*, p. 19), “o modo de pensamento que Hipócrates rejeita, típico da medicina sacerdotal anterior, reflete a maneira grega de ‘explicar’ o insólito, ou o misterioso”.

Assim, no *corpus* doutrinário hipocrático a loucura, definida como doença, seria resultante de uma crise, ou sintomas, no sistema de humores (sangue, pítuita, bílis amarela e bílis verde). Uma doença orgânica, portanto, e que define a inauguração da teoria organicista da loucura, definindo o cérebro lesado por desequilíbrio destes humores enquanto “órgão da loucura” (PESSOTTI, 1996). Este órgão, na sua “normalidade”, asseguraria todas as funções comportamentais, afetivas e intelectuais.

Concepção organicista retomada posteriormente na medicina dos séculos VIII e XIX, como mais adiante veremos. Nas palavras de Pessotti (1994, p. 57), “mais do que contribuições teóricas, frequentemente baseadas em uma fisiologia metafísica, o que preservará por séculos a influência hipocrática é sua atitude naturalista (...)”. Faz-se nítida a influência da “anatomia platônica”, uma vez que conceitualmente aparelhada com o sistema de “classificação” proposto pelo médico.

No século I d.C., a medicina romana, que tem em Galeano - já mencionado - seu nome mais expressivo, também entende a loucura como desarranjo no equilíbrio humoral, o que justifica a compreensão de que o médico italiano “herda”, de uma maneira mais precisa, a ideia das três partes da *psyche*, as “três almas”, definidas por Platão. Segundo Pessotti (1994) também com Galeano a alma teria passado a presidir a atividade corporal, concepção coadunada com a difusão da filosofia judaico-cristã, uma vez que postula um dualismo alma-corpo, mente-corpo, onde a alma seria a movente do corpo, mas é transcendente a ele. Novamente, a sede da loucura está no cérebro, sendo ela uma disfunção encefálica, endossando assim a visão organicista hipocrática anterior.

Galeano “cria” três almas mais bem localizadas: uma racional, que mora no cérebro, outra irascível, residente no coração e, por fim, uma situada no fígado, sendo a



“loucura” uma “lesão” (não apenas uma “desarmonia”) a uma ou mais de uma, destas três faculdades (PESSOTTI, 1996).

Na sua classificação, embora saliente categorias estritamente nosológicas, Galeano revela sua filiação à doutrina platônica ao distinguir as formas da loucura segundo tipos de *faculdades lesadas* e o tipo de afecção exercida pelo desanranjo humoral (...) é nosológico, mas não dispensa o apelo a um critério que no século XIX se chamará, até depreciativamente, *psicológico* (PESSOTTI, 1999, p. 25)

A partir do acima exposto e junto à Pessotti (1994), é possível dizer que ao final do século II a.C., três perspectivas acerca da loucura estão consolidadas no mundo ocidental: primeiro, aquela que diz respeito à loucura enquanto obra de intervenção divina. De Homero até os gregos trágicos, teríamos um enfoque mitológico e religioso do desvario; segundo, entre os trágicos, a loucura é afigurada como produto dos conflitos passionais, mesmo que permitidos ou impostos pelos deuses; por fim, de Hipócrates a Galeano, a loucura apresenta-se como efeito de disfunções somáticas, causada por eventos afetivos. Uma concepção organicista da "des-razão", portanto. Pode-se chama-los, de modo simplificado, de “modelo mitológico”, “modelo psicodinâmico ou psicológico” e “modelo organicista”.

Estes três enfoques parecem constituir, na verdade, o modo de pensamento permanente na história do conceito de loucura. Não são, necessariamente, teorias, nem apenas atitudes intelectuais ante a questão da racionalidade ou do bom senso ou do oposto. Não chegam a configurar sistemas conceituais estruturados, dotados de critérios de teste para concepções divergentes. São modelos de elaboração conceitual, num dado campo do conhecimento. (PESSOTTI, 1994, p.78)

Por sua vez, a associação que se faz entre a loucura e a possessão demoníaca, presente no longo período dito Idade Média até o Renascimento, possui raízes remotas encontradas na própria formação doutrinária do cristianismo. Segundo Pessotti (1994, 1999) e Szasz (1978), desde os Padres Apostólicos até Agostinho, a mitologia demoníaca se desenvolve e consolida com efeitos políticos e morais contundentes, aprofundando o poder do cristianismo e sua influência na interpretação do mundo e no que diz respeito ao humano, conduzindo-nos à uma concepção, que durará por séculos, de que o mal e o sofrimento corresponde é a ausência de ‘bens naturais’. Abre-se toda uma perspectiva para o rol de comportamentos devidos à intervenção do demônio, entre eles, a bruxaria. Uma ideia de mal que, de maneira inviesada, também encontramos

ainda nos dias de hoje enraizada no imaginário social no que diz respeito aos “desviantes”.

(...) de um lado, todas as divindades pagãs passam a ser demônios e cultuá-las é adorar o demônio (...) cabendo ao cristão optar pelo martírio a fim de não se entregar à danação eterna; de outro, o dissidente, o pagão, o herege, passa a ser partidário do demônio. Demoniza-se o herege, e com isso se legitima a intolerância religiosa e a perseguição às dissidências” (PESSOTTI, 1994, p.83).

Têm-se uma vasta produção de textos demoníacos - dentre eles os mais conhecidos o *Summa Theologica*, de Santo Tomás de Aquino (2002) e o *Malleus Maleficarum* (KRAMER e SPRENGER, 1991), este escrito em 1484 e incontáveis vezes editado - que orientou e objetivou facilitar a identificação daqueles que agiam por “obra do mal”, contra a salvação cristã, seja por intermédio da pregação herética, de encantamentos ou por terem condutas estranhas, “atos desatinados”.

Pessotti (1994) nos diz que nos escritos da época os médicos repetem, modo geral, a visão hipocrática, mais ou menos contaminados pelas concepções mágicas ou religiosas. Reverbera não o raciocínio "possuído pelo demônio, por isso louco" mas, "louco, portanto possesso". Tem-se, via de regra, a consolidação de um poder inquisitorial, a quem se atribui competência para definir, dogmaticamente, critérios de definição ("diagnóstico") aplicáveis a uma variedade ilimitada de distúrbios orgânicos, entendidos como evidência de possessão demoníaca.

Esta concepção demonista da loucura, que se prolonga até o século XVI (PESSOTTI, 1999) e assim fortemente fundamentada pelos textos de Agostinho e Tomás de Aquino - como adiante veremos com mais demorar - inclui princípios metafísicos, ideias mágicas e uma visão particularmente pessimista do homem, onde valoriza-se, sobremaneira, uma idéia de “vida perfeita, sem pecados, aberrações, fiel ao que manda a Escritura e os escritos dos Santos Padres” (PESSOTTI, 1999, p. 31) e onde formas aberrantes de condutas são explicadas “metafísicamente”, dentre eles e majoritariamente, como já aludida, a *possessão*.

Consolida-se entre os séculos XV e XVI, na perspectiva "teórica" da demonologia medieval, uma visão demonista da loucura, uma maneira de conceber a vida psíquica que impregna de magia os preceitos anteriores, como os de Hipócrates e Galeano. Pensamento arraigado e que faz com que Szsasz (1978, p. 23) nos sugira ser o “conceito de doença mental (*na atualidade*) análogo ao de feitiçaria”.

Ao final desta época e início do século XVII paralelamente consolidam-se as classificações da “Alienação Mental” (PESSOTTI, 1994, p.123). Para Pessoti (1999, p. 38) a questão da “classificação das doenças mentais complica-se enormemente”, a medida que se torna um desafio a qualquer projeto ‘epistemológico’ em função da variedade de problemas que a construção da teoria (médica-alienação mental) começa a enfrentar: “foi no século XVII que se demoliram as explicações teológicas da loucura e ela foi incorporada ao território da intervenção médica” (PESSOTTI, 1996, p.29), que esforça-se por excluir as concepções ‘filosóficas’ ou ‘psicológicas’ ou “metafísicas”, ainda que “pré-científicas”.

Por ocasião, postula-se que a essência desta alienação é um distúrbio de alguma função ou estrutura orgânica, “lesão anatômica ou funcional” (PESSOTTI, 1996, p.30) e sobre elas devem agir um trabalho terapêutico.

As principais evidências destas lesões são os erros de raciocínio, alucinações e ilusões ou sua forma mais “acabada”: o pensamento delirante, cuja ocorrência torna-se inadmissível na vida do “homem normal”. Aqui, destaque seja feito a importância do pensamento racionalista que desponta e se consolida a partir do século XVI: “a fisiologia herdada do século XVII, como a de Descartes ou a de Tomas Willis” (PESSOTTI, 1999, p.39), por exemplo.

Com forte influência das categorias platônicas, de acordo com Pessotti (1996) neste momento destacam-se duas publicações. Primeiro, a de Felix Plater, que em 1625 escreve um tratado que ‘inaugura’ o conceito de alienação mental – *alienatio mentis ou insania* – em torno do qual se organizará parte considerável da nosografia da loucura do século XIX:

A loucura, enquanto alienação mental, é um estado de alteração isolada em um dos três sentidos da mente ou um distúrbio simultâneo de mais de uma delas. Tal distúrbio se manifesta apenas no nível do pensamento ou se reflete nas palavras e atos. A loucura é, pois, um processo mental que se pode traduzir em comportamentos e ideias. (PESSOTTI, 1994, p.125)

A seguir, a de Zacchias, *Questões médico-legais*, publicada em 1651 e que estabelece critérios de imputabilidade, de responsabilidade decisória, com efeitos legais para os atos de “insanidade” e para quem a loucura deve ser avaliada e tratada por médicos, uma vez que consiste numa ‘doença’ (*idem*, p. 127)

Desta forma, o século XVII inicia uma caminhada em direção a uma abordagem “científica”, organicista do desvario, afastando as concepções mágicas da loucura, medicalizando a sua ‘natureza’ e institueindo-o como patologia das “funções nervosas superiores” (PESSOTTI, 1994, p.133).

O século XVIII desponta para a sistematização de numerosas classificações das formas e tipos da loucura, redundando num progressivo distanciamento das categorias filosóficas que definem a "faculdade da alma" ou da mente. Este distanciamento, contudo e como nos alerta Pessotti (1994), daria-se a partir de um apego a uma visão organicista da etiologia, o que exclui, sobremaneira, os aspectos “fisiológicos” desta construção. De certo modo, esta será também a base de toda inconsistência da medicina mental de Philippe Pinel (1745-1826) e da psiquiatria moderna, fundada por Esquirol e como a diante veremos. Destacam-se, neste período, os trabalhos de Sauvages (1767), Cullen (1782), Arnold (1782) e Chiarugi (1794) (PESSOTTI, 1999, p.39-53).

Além de sua natureza orgânica, o século XVIII também demarca o surgimento da ideia de que a loucura advem de "distúrbios nos processo cognitivos":

(...) as especulações fisiológicas procuram harmonizar dados da observação (clínica) mais que encaixar as hipóteses em algum esquema teórico dogmático, os distúrbios no comportamento começam a ser observados e considerados como discriminantes entre tipos diferentes de loucura, as perturbações intelectuais passam a constituir a condição sine qua non para o diagnóstico (PESSOTTI, 1994, p.141)

Progressivamente, as observações clínicas passam a considerar também mudanças na vida afetiva, que implicam uma atenção voltada às condições sociais e físicas do ambiente e é a partir de Pinel, no seu *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, que essa tendência se organizará com maior ênfase e de maneira nova.

O Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental é publicado no ano de 1801, oito anos após Pinel ser nomeado diretor das enfermarias do Hospital de Bicetrê. Obra que inaugura a psiquiatria como especialidade médica, em sua introdução apresenta a etiologia afetiva, passional para a loucura, para a alienação e apresenta seu fundamento doutrinário:

O princípio basilar de toda a obra consiste, portanto, em um estudo preliminar e aprofundado das diversas lesões do intelecto e da vontade, que se manifestam no exterior como mudanças no comportamento, na

gestualidade, no modo de falar e com inequívocos distúrbios físicos (PINEL, 1988, p.02)

De acordo com Pessotti (1999, p.57-8), este trecho resumiria a concepção teórica do médico francês, a saber, a ideia de que a loucura seria um comprometimento ou lesão do intelecto e da vontade, embora manifestando-se no comportamento dos sujeitos e, principalmente, nos sintomas “orgânicos” Uma "lesão da vontade do juízo" (PESSOTTI, 1994, p. 146), ordenada a partir de observação do comportamento dos asilados: “qualquer classificação das espécies da loucura deve basear-se na cuidadosa observações dos sintomas” (PESSOTTI, 1999, p.57). Assim, a loucura em Pinel se classifica em espécies a partir de um critério sintomático.

O primeiro fundamento é o estudo preliminar e cuidadoso das diferentes lesões do intelecto e da vontade, manifestadas exteriormente como alterações no comportamento, nos gestos, no modo de falar e através de precisos distúrbios físicos (PINEL, 1998, p.06)

Pode-se dizer, desta maneira, que com Pinel a busca das alterações orgânicas para compor o quadro das alienações fica relegada a segundo plano e, sob a consigna geral "alienação mental" (em seu livro eventualmente substituída pelo termo "loucura") tem a sua "natureza" definida: primeiro, as lesões da sensibilidade física; segundo, as alterações dos objetos externos; terceiro, prejuízo no uso das faculdades de julgar ou do juízo (PESSOTTI, 1994, p. 148-54).

Sua classificação, as “formas” por ele elencadas, correspondem às categorias anteriormente definidas em especial por Cullen e por Chiarugi (*idem*) e que, no seu conjunto, designam a “alienação mental”<sup>17</sup>:

O *Traité* de Pinel se encaixa nessa linha de pensamento do século XVIII, ao elencar, como característica da loucura, as lesões da sensibilidade física, da percepção, do pensamento, da memória, da associação de idéias, do julgamento e da imaginação. A mesma filiação setecentista aparece na descrição que Pinel faz dos grandes quadros da loucura, mania, melancolia, demência e idiotismo. Lembram facilmente os quadros clínicos da *Encyclopédie* (PESSOTTI, 1996, p.57)

Assim, Pinel define a loucura como uma doença essencialmente mental, sua natureza ou essência advêm de lesões das funções e das faculdades mentais. Os

---

<sup>17</sup> Mania, melancolia, demência e o idiotismo, chamado por Esquirol de “idiotia” e que redundará no seu conceito de “monomania, como adiante veremos.

comprometimentos das funções mentais, tais quais apresentadas, incluem entre as suas características um dado novo e de extrema relevância: as “mudanças na índole moral”. Relevante porque definirá toda uma terapêutica, uma lógica de tratamento que dependerá de um novo *locus* específico (asilo, manicômio, hospital psiquiátrico) e sua institucionalização e de uma nova “terapêutica”, o tratamento moral.

A introdução do *Traité* deixa claro que, de um modo geral, a causa da loucura é a moralidade, entendida como excesso ou exagero. Daí a terapia ser chamada 'tratamento moral', de 'afecções morais' ou 'paixões morais'. A loucura é excesso e desvio, a ser corrigida pela mudança de costume, de hábitos (PESSOTTI, 1994, p. 156)

O tratamento moral é uma “reeducação”, de responsabilidade médica, que readequaria o comportamento desviante em padrões éticos, corrigindo vícios, pautado em uma “doutrina essencialmente moralista, visando combater o que a espécie humana tem de desagradável e vergonhoso” (...) donde “vícios e destemperos não são a loucura, mas condições que ensinam, favorecem, propiciam o aparecimento da alienação” (*idem*, p. 160).

O Tratado de Pinel demarca uma nova atitude “científica” no que se refere à concepção da loucura e produzirá consequências importantes, e duradouras, para as práticas “terapêuticas”, principalmente àquelas que almejam a uma “cura”.

Por fim, Pessotti (1994) nos diz que o *Traité* de Pinel é, do ponto epistemológico, bastante discutível, mas teria sido responsável por introduzir a observação clínica sistemática como método diagnóstico médico, o que se mostra crucial e definitivo para a constituição da psiquiatria enquanto saber médico especializado. Essa "doutrina" serve de base, nas últimas décadas do século XIX, para a elaboração do Dicionário Enciclopédico de Ciências Médicas, onde assinam artigos nomes como Charcot, Calmeil, Parchappe.

Esquirol (1772-1840), “discípulo” de Pinel e seu sucessor na direção do Hospital de Salpêtrière em 1811, pode ser identificado como fundador da psiquiatria classificatória, uma vez que efetiva um retorno à busca de substratos orgânicos, outrora relegados a condição menor por seu antecessor e introduz a ideia de "paixões" na classificação dos desvios. Nas palavras de Pessotti (1994, p. 172): “o progresso ulterior da anatomia e da medicina como um todo conduziu à busca de substratos orgânicos específicos para as várias formas da loucura”. As suas causas resultariam, de forma determinante e a partir de então, de influência exercida diretamente, ou especialmente,

pelo cérebro: “não por acaso, os discípulos de Esquirol, como outros adeptos de sua classificação, iniciaram com a pesquisa sobre a paralisia geral a busca de alterações anatomopatológicas” (PESSOTTI, 1999, p.62).

Assim, é a partir que o século XIX passa a buscar com mais afinco definições médicas para a loucura. Aqui, a ação das “causas morais” é exercida sobre funções encefálicas.

A loucura é, na sua essência, lesão do sistema nervoso, particularmente do cérebro. As condições afetivas e sociais são admitidas, ao lado de afecções ou traumas orgânicos, como causas possíveis (...) as causas morais não produzem diretamente a doença, mas agem sobre um substrato de causas predisponentes. (PESSOTTI, 1994, p. 185)

Esquirol, a partir da tentativa de construção de uma linguagem “etiológica” para a alienação, tida como doença, propõe também o seu “prognóstico” (Pessotti, 1994). Essa é uma característica de grande relevância para entender a forma como o século XX entende esta “doença” e a forma como se consolida para o seu “tratamento” toda uma indústria farmacológica, que desenvolve um quantitativo considerável de medicamentos e de novas “categorias” do adoecer mental, em consequência.

A psiquiatria, já no século passado, pode ser entendida enquanto uma entidade farmacológica, uma vez que a medicação e a medicalização (da vida e da saúde) despontam como sua característica mais marcante.

Consolida-se, nas últimas décadas do século XIX uma visão organicista radical, equivalente à postura hipocrática, juntamente à uma incipiente concepção psicodinâmica, com sua concepção passional da loucura, resultante de uma “lesão à sensibilidade moral” (PESSOTTI, 1994, p.201).

Neste período, de Benedict-Augustin Morel (1809-1873) e, posteriormente, Emil kraepelin (1856-1926), constroem um ponte direta que nos levará de forma facilitada às inúmeras publicações e revisões do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), cuja primeira edição é elaborada pela Organização Mundial da Saúde no ano de 1952

Ainda no final do século XIX, no ano de 1857, é publicado por Morel o *Traité de Degénérescences Physiques*, onde é elaborada a ideia de que algumas doenças são causadas por degeneração. Segundo Pessotti (1996, p. 230), uma “tese devastadora”, na medida em que, por força de fatores hereditários, a (uma) doença poderia ser engendrada desde a adolescência. Contudo, “a classificação de Morel parte de um

pressuposto ideológico e menos metodológico: toda doença tem uma causa orgânica, mesmo que seja uma hipotética hereditariedade” (PESSOTTI, 1999, p. 84). Utiliza, assim, o termo “demência precoce” para designar esta doença específica, forma como “chamamou-se” a esquizofrenia até recentemente, inclusive durante minha graduação. Foi neste trabalho que o psiquiatra também teoriza e introduz em seu quadro classificatório o “comportamento delitivo” para designar ilícitos, como veremos com mais cuidado a seguir.

Assim, em 1860, no seu *Traité des Maladies Mentales*, Morel introduz a concepção de etiologia para uma nova classificação da loucura e consolida a ideia de que as suas ‘espécies’ “devem ser ordenadas segundo as causas específicas das quais elas resultam” (PESSOTTI, 1999, p.83). A partir de seus trabalhos, possibilita a consolidação da ideia de “conjunto de sintomas, ou quadro clínico, em que é a correlação entre sintomas e não a presença de um ou outro (...)” (*idem*, p.100), que ordenaria, e consubstanciaria, um “diagnóstico” preciso.

Por sua volta Kraepelin publica no ano de 1883 o seu *Compêndio*, ampliado e reeditado posteriormente (última versão de 1915) com o título *Tratado de Psiquiatria*, amplamente utilizado até a primeira metade do século XX. Nele, está difundida a ideia de um organicismo diferente daquele que se constitui anteriormente. Agora a chamada “doença mental” possuía uma “sede cerebral, a ser identificada pela anatomia patológica” (PESSOTTI, 1999, p.165). Este “novo organicismo” pode advir de causas endógenas, cerebrais ou não e também de causas exóginas, causas estas atuantes em uma predisposição geral e anterior, uma “incapacidade de resistência”: “as grandes categorias de Kraepelin correspondem, assim, a diferentes combinações possíveis das ações sinérgicas de tais fatores” (*idem*, p. 166), o que redundava, de maneira decisiva, na concepção da loucura ainda em voga na contemporaneidade: doença como “processos psicodinâmicos” (...) “mais que tudo, manifestações” [e] síndromes” (*idem*, p. 173-74).

Amarante e Freitas (2015) nos esclarecem que Kraepelin, e não Freud, é a figura central na história da psiquiatria, podendo ser identificado como pai da psiquiatria moderna, esta, calcada em dois pressupostos: “que os chamados transtornos mentais podem ser divididos em um determinado número de doenças (...) e que as manifestações ou sintomas não podem ser entendidos na perspectiva da psicologia dos indivíduos, já que carecem da objetividade observável” (*idem*, p.48).

Assim é a Kraepelin atribuída a abordagem que ainda hoje domina as categorias diagnósticas no que tange às “doenças mentais”: “processos semelhantes de doença



levam a manifestações semelhantes – sob a forma de sintomas; o que por sua vez, implica uma suposta anatomia patológica, bem como uma suposta etiologia” (*idem*, p.49)

Ainda de acordo com estes autores e a partir do breve levantamento acima realizado, podemos dizer que “a história da psiquiatria moderna é inseparável da construção de diversos modelos de classificação dos fenômenos reivindicados como sendo objeto da psiquiatria” (*idem*, p. 42), consubstanciada na legitimidade atribuída à ciência.

Como anteriormente referido, tem-se hoje de forma difundida o DSM, na sua quinta versão, enquanto referencial amplamente divulgado e utilizado de classificação dos então chamados “transtornos mentais”.

Em 50 anos de publicação, como nos sinaliza Freitas e Amarante (2015), o DMS passa por várias revisões, com significativas alterações a cada nova edição, sendo sua influencia notoriamente reconhecida entre os profissionais da área e sendo seu uso não restrito aos profissionais de psiquiatria.

A cada versão, cresce o número de diagnósticos identificados, tendo esse aumento atingido mais de 200% entre o DSM-I e o DSM-IV-TR. Em maio de 2013 foi lançado o DSM-5, com um acréscimo de aproximadamente 12% de categorias de diagnóstico com relação à versão anterior (*idem*, p. 63)

Podemos dizer que estas sucessivas versões do “manual” devem-se, majoritariamente, ao avanço de interesses corporativos, que incluem indústria farmacêutica e grupos organizados de familiares e de usuários dos serviços de saúde mental, ao redor do mundo: “(...) ao contrário do que o senso comum costuma acreditar, as sucessivas versões do DSM não se devem ao implacável avanço do progresso científico (...)” (*idem*, p. 44)

As críticas, cada vez mais contumazes e presentes a esta forma “classificatória” de conceber o cuidado em saúde mental, crescem à medida que se fortalecem, em cada realidade territorial, a antipsiquiatria e os Movimentos pela Reforma Psiquiátrica, uma brecha de discussão aberta no que tange à confiabilidade e à validade da psiquiatria, como já discutido.

Por fim e novamente junto à Freitas e Amarante (2015), neste percurso de construção da loucura como doença-objeto da psiquiatria, predomina na contemporaneidade o paradigma biologicista da doença mental e do comportamento

humano, com implicações profundas para os aspectos da vida cotidiana, a ser medicalizada e medicada. Uma farmocracia, nos termos de Szasz (1971), que abrange desde a histeria, categorizada por Freud e Bleuer anteriormente - e hoje terminologia em desuso - ao “controle das drogas, o suicídio, a pedofilia, a responsabilidade criminal, etc.” (*idem*, p.33).

Exclusão, encarceramento e medicalização, pelo que nos parece até aqui indicado, expressam de maneira significativa as formas como historicamente e progressivamente fomos construindo a partir da consolidação de um novo campo do conhecimento, formas de lidar com este “grande outro”, calcadas no silenciamento – inclusive por intermédio do peso da classificação/diagnóstico e da medicação -, na disciplinarização. Propomo-nos a discutirmos nos próximos subitens os aspectos desta construção, dando uma atenção maior aos aspectos da periculosidade que se constroem ao redor da figura do louco.

### **3.1.1. Silêncio (ausência de obra): O Imperativo da Razão e a Loucura tal qual nos anuncia Foucault**

Eribon (1990, p. 112-7) nos relata que ao apresentar a George Canguilhem a Tese de doutoramento que pretende defender, Foucault recebe do seu orientador o seguinte comentário: “se isso fosse verdade, já saberíamos”. Contudo, e ainda segundo Eribon, após leitura mais atenta do material apresentado pelo orientando e diante do choque que esta leitura lhe causa, Canguilhem aceita a função de relator na cerimônia de defesa da Tese, ao final da qual teria se dado o seguinte diálogo: “Para falar de loucura, seria preciso ter o talento de um poeta, diz Foucault (...) Mas o senhor o tem, responderia Canguilhem” (*idem*).

Tese apresentada e defendida no ano de 1961, publicada com o título *História da Loucura na Idade Clássica*, esta obra do pensador francês tem como mérito provocar um abalo na forma como, até então, o tema da loucura havia sido debatido e apresentado. Um “pequeno paralelepípedo” ou “da soberba razão ocidental ao talento dos poetas”, nos termos de Rodrigues (2013, p.199-200):

E se Foucault queria centrífuga, capaz de fazer fugir, sob os respectivos pés, o solo então seguro de marxistas, historiadores e filósofos, talvez, paradoxalmente, tenha sido o movimento de placas geo-poético-

políticas (...) um livro-acontecimento, no qual a história do *outro* nos convida a desprender-nos de nosso tão agradável *mesmo* (*idem*, p. 200).

Partimos destas prerrogativas para justificar o título do subitem, “tal qual anunciada por Foucault”, ao falarmos da loucura a partir de seu contraponto historicamente constituído, a razão. Nos termos de Foucault:

Será preciso falar desse primitivo debate sem supor vitória, nem direito à vitória; falar desses gestos incessantemente repetidos na história, deixando em suspenso tudo que pode fazer figura de conclusão, de repouso na verdade, falar desse gesto de corte, desta distância tomada, desse vazio instaurado entre razão e o que ela não é, sem jamais tomar apoio no que ela pretende ser (FOUCAULT, 1979, p. 159-160).

É em *As Ciências e o Saber: a trajetórias da Arqueologia de Foucault* que Machado (1981) diz ser este um livro que se situa em vários níveis, percorrendo várias disciplinas, e que “alimenta-se de uma erudição incomum e uma linguagem de surpreendente beleza, tudo isso, entretanto, sem em nenhum momento perder o seu rigor ou abandonar o seu objetivo” (*idem*, p.81) e nos apresenta a premissa com a qual iniciaremos a discussão, a de que o pensador francês teria empreendido, ali, uma Arqueologia (para uns, da percepção, para outros, do silêncio).

Segundo Machado (*idem*), a analítica construída por Foucault pode assim ser denominada uma vez que teria se afastado daquilo que havia sido feito até então no que diz respeito à temática: uma história das ciências e das ideias no que tange à psiquiatria, seus principais expoentes, ‘precursores’ e teóricos.

(...) não é uma história social da loucura, nem uma história das mentalidades. Não se trata de abordar a loucura simplesmente do ângulo relativo a certas instituições, profissões, atribuições e indivíduos que teriam sido precursores da ciência da psiquiatria. Também não se trata de desqualificar a medicina psiquiátrica *per si* (Yazbek in VEIGA NETO, 2015, p. 125)

Façamos um breve recuo, de modo a situar este livro a partir desta perspectiva “metodológica”. Junto à Candiotta (2013), partimos da compreensão de que, maneira geral, os trabalhos de Foucault renunciam a enunciação de qualquer verdade sobre o sujeito e que pretendam-se universal e atemporal, tendo como proposta diagnosticar o que somos e “o que significa hoje dizer o que dizemos” (FOUCAULT, 1994, p. 606), situando a verdade como “verdade do conhecimento”. Assim e novamente segundo Candiotta (*idem*), há uma gama considerável de autores que trabalham com a

perspectiva de que o fio condutor do pensamento foucaultiano é a problematização da verdade e sua relação com o sujeito: “seu pensamento é marcado pela crítica do caráter universalista do sujeito ou a forma como ele tem sido reconhecido como subjetividade a-histórica, auto referente, de Descartes a Husserl (*idem*, p. 18).

Para este autor há evidências significativas na filosofia moderna de que o sujeito é fundamento de verdade e fonte de significação e que Foucault pretende problematizar esta ‘evidência’, e o faz mostrando que o discurso de verdade e o que entende-se por sujeito são produzidos e constituído a partir de jogos de regras de saberes e mecanismos e estratégias de poder.

Detrás de práticas inexistente qualquer sujeito de verdade que determine sua compreensão e as constitua coo tais; pelo contrário, trata-se de situar a constituição do sujeito a partir daquilo que se faz com ele num determinado momento, na condição de louco, doente, criminoso, dirigido, etc. As práticas deixam de ser comandadas somente pelas instituições, prescritas pelas ideologias ou guiadas pelas circunstâncias; elas têm regularidades próprias, estratégias e tecnologias específicas, racionalidades peculiares. (CANDIOTTO, 2013, p. 20-1).

E nos termos do próprio autor,

Se eu estudei práticas como as do sequestro dos loucos, ou da medicina clínica, ou da organização da das ciências empíricas, ou da punição legal, foi para estudar um jogo entre um código que regula maneiras de fazer (que prescreve como selecionar as pessoas, como educar os indivíduos etc) e uma produção de discursos verdadeiros que servem de fundamento, de justificação, de razões de ser e princípio de transformações a essas mesmas maneiras de fazer. Para dizer as coisas claramente: meu problema é saber como os homens se governam (eles próprios e os outros) através da produção da verdade. (FOUCAULT, 2004c, p. 342-3).

Assim, ao elaborar discursos, o sujeito também esclarece e problematiza o significado de suas práticas, sua maneira de ser em meio ao mundo. Contudo, os discursos, reconhecidos como verdadeiros numa ou noutra época, também se constituem enquanto lugar de enfrentamento, na medida em que

(...) a verdade, no sentido da constituição de uma verdade de si, é inseparável da problematização das relações de poder entre as práticas sociais. Além de ser efeito do jogo das regras entre os saberes, a verdade do sujeito passa a ser pensada também como efeito de estratégias de poder de uma sociedade” (CANDIOTTO, 2013, p.24)

A partir desta prerrogativa e a este respeito, Machado (1981) nos diz que a analítica desenvolvida por Foucault teria se imbuído de investigar as “condições de possibilidade” de um novo saber em construção (psiquiátrica), a relação da clausura (do louco) com o engendramento deste saber. Ambos indissociáveis e pressupostos da redefinição da loucura, “tornada” doença mental, submetida ao primado da Razão:

A Foucault interessa historicizar criticamente as condições que possibilitam a constituição do saber sobre a loucura, sua submissão à razão através da conjunção entre a prática social de internamento, a figura visível do louco e o discurso produzido a partir da *percepção*, tornada interpretação (AMARANTE, 1995, p. 23).

Ao nos falar sobre a proposta arqueológica de Foucault, assim como Candiotti (2013), Machado (2005) também nos esclarece que o que o pensador francês pretende é pensar o que é o moderno situado em relação ao clássico. E, mais especificamente em *História da Loucura*, esta pretensão leva Foucault a uma proposta importante: a da existência de uma descontinuidade, uma grande ruptura em dois níveis distintos, o da teoria sobre a loucura e o da prática referente ao louco. Se de um lado está a loucura ligada a um sistema de operações médicas, aos sintomas e às suas “causas”, de outro há o louco ligando-se a concepções políticas, econômicas e jurídicas (FOUCAULT, 2014, p. 200-2). Portanto, uma independência, uma estranheza entre os níveis das teorias sobre a loucura e das práticas com relação aos loucos.

Como acima já sinalizado por Amarante (1995), a “arqueologia” a qual aqui nos referimos é uma “arqueologia da percepção”. Analítica situada num época histórica específica – do século XVI ao início do século XIX – uma das condições que possibilitam este novo saber sobre a loucura origina-se de uma “percepção social” sobre ela – percepção que, a nosso ver, estende-se até a contemporaneidade - que seria responsável por nos desvendar o que, nas definições de Foucault (2014), podemos categorizar enquanto “baixas origens” da psiquiatria no século XIX. Pois aqui, a *História da Loucura* esclarece um novo fato:

(...) na época clássica, as instituições que recebiam loucos, os critérios de internação, a designação de alguém como louco e sua conseqüente exclusão da sociedade, não dependem de uma ciência médica, mas de uma “percepção” do indivíduo como ser social; que o estatuto do louco é conferido não pelo conhecimento médico, mas por uma “percepção social”, dispersa e produzida por diversas instituições da sociedade como a polícia, a justiça, a família, a igreja, etc., a partir de critérios que

dizem respeito não à medicina, mas à transgressão às leis da razão e da moralidade (MACHADO,1981, p. 63).

Tem-se, portanto, a possibilidade de uma coerência acerca da loucura instaurada, num primeiro momento não a partir de uma ciência – tal qual realizado por estudos de orientação “epistemológica” e como apresentado por Pessotti - mas a partir de uma percepção. Assim, vimos nesta arqueologia a proposta de imprimir uma positividade colada nesta percepção, responsável por criar realidade e saber, como nos orienta acima Candiotta (2013).

Delineia-se, portanto, uma percepção clássica da loucura, inicialmente não enquanto uma individualização através de critérios médicos, mas de uma desindividualização, tal qual construída em torno dos libertinos, venéreos, prostitutas, entre outros “desviados” e “desvalidos”. Nas palavras de Machado (1981), o que Foucault defende é que um primeiro momento de recolhimento do louco, que acontece no Hospital Geral – e é por ele tematizado enquanto um “Grande Internamento” (FOUCAULT, 2014), como adiante veremos – acontece não por intermédio de critérios científicos, mas a partir da percepção de um sujeito definido pela ausência de razão, o sujeito desrazoado. Uma percepção ética e moral, portanto.

(...) não é só a percepção do louco que é marcada pelo índice negativo da desarazão (...) as categorias de desarazão estão presentes na própria objetificação da loucura pelo saber teórico da medicina clássica. (MACHADO, 1981, p.71)

Marco do Grande Enclausuramento clássico o Hospital Geral, criado na França por Luis XIV em 1656, segundo Machado (2005) e Foucault (1979), não pode ser identificado enquanto uma instituição médica, mas como uma instituição assistencial situada entre a polícia e a justiça, lugar para pobres e ociosos, aí agrupados sob a insígnia do “diferente”, “estrangeiro”, aos olhos da razão e da moral. Neste primeiro momento classificada como desarazão, desatino, pretende-se desclassificar, entre outros, a “transgressão da sexualidade”, na figura do doente venéreo; a “desordem do coração”, na figura da magia, da feitiçaria, da alquimia; a “libertinagem”, na figura da escravização da razão pelos desejos e, por fim, o louco, subjugado à razão moral, social (desrazão, ausência de razão, negatividade da razão).

Assim, nos termos apresentados por Foucault (2014), há um controle exercido na Época Clássica através de um racionalismo que vê a loucura como erro, perda da verdade, excluída pelo sujeito que duvida (Descartes) e que torna-se a “condição de

impossibilidade” do pensamento. Neste momento da história do pensamento ocidental, “razão e desrazão são inseparáveis” (...) um “duplo contrário, mas onde vigora uma incompatibilidade entre loucura, reduzida ao silêncio, e pensamento” (MACHADO, 2005, p. 29).

Como nos indica Machado (*idem*), para Foucault o ato da razão que exclui a loucura é uma decisão, uma escolha ética, uma opção da vontade responsável pela verdade e faz com que a *razão clássica nasça no espaço da ética*. Uma exclusão da loucura do pensamento correspondente à sua exclusão da sociedade. A loucura clássica é não-ser, prova a contrário da razão

Ainda Machado (*idem*) nos diz que, já no início de seu livro, em seu prefácio mais especificamente, Foucault define seu trabalho como sendo uma história dos limites. Uma história trágica de como uma cultura rejeita a loucura, uma vez que considerada a partir de um determinado momento como exterior, reduzida ao silêncio, como *ausência de obra*<sup>18</sup>. E, neste sentido, a razão se constitui pela exclusão da loucura como alteridade.

Loucura como *ausência de obra*, a medida que “obra” é definida enquanto linguagem da razão, plena de sentido, que obedece a códigos (de linguagem e sociais) específicos. Portanto, uma loucura excluída e objetificada, que não se manifesta por si mesma e com sua própria linguagem, fonte de mentiras, fala sem significação em relação ao código da língua, Que fala de maneira blasfematória, violenta e furiosa; fala de significação proibida, oriunda dos libertinos: "Descartes, no movimento pelo qual vai à verdade, torna impossível o lirismo da desrazão" (FOUCAULT, 2014, p. 535). Ainda, para Foucault:

(...) só há loucura como instante último da obra – esta a empurra indefinidamente para seus confins; ali onde há obra, não há loucura; e, no entanto, a loucura é contemporânea da obra, dado que ela inaugura o tempo de uma verdade, No instante em que, juntas, nasceram e se realizaram a obra e a loucura, tem-se o começo do tempo em que o mundo se vê determinado por essa obra e responsável diante dela (*idem*, p.530)

Temos, portanto, a subsunção da loucura à ordem da razão e seu esquadramento na ordem de um desequilíbrio: a primeira no âmbito da percepção da

---

<sup>18</sup> Conceito encontrado tanto na *História da Loucura* quanto no seu livro *A loucura, a ausência de obra* (FOUCAULT, 1964)

vida e, a segunda, como produto de um saber específico, posteriormente capturada pela fala e pelo discurso asilar.

Além desta primeira “percepção moral e social” (MACHADO, 2005, p.19), o livro de Foucault (2014) teria delineado uma segunda problemática, heterogênia à primeira, e que diz respeito ao conhecimento médico da época. Muito embora este conhecimento não adentre os espaços de enclausuramento com o intuito de observação do louco, como o fará a seguir a psiquiatria a partir da prática asilar, o saber médico entenderia, como acima sinalizado, a loucura já como uma doença: “o século XVIII percebe o louco mas deduz a loucura” (FOUCAULT, 2014, p. 203). A medicina de que se trata no século XVIII é aquela classificatória, nosográfica, apoiada na história natural e na taxonomia, um conhecimento de superfície, que toma o sintoma como a verdade da doença. Nas palavras de Foucault, “é a intervenção de uma consciência que transforma o sintoma em signo (...) o olhar clínico tem essa paradoxal propriedade de ouvir uma linguagem no momento em que percebe o obstáculo” (FOUCAULT, 1987, p. 92-108). Aqui, a loucura é definida como espécie patológica a partir do olhar da razão analítica e classificatória.

Machado (1978) reitera que, até a Revolução Francesa, não existia a categoria psiquiátrica de doença mental e que, até Pinel, Esquirol e os psiquiatras do final do século XIX, a loucura era “doença”, ainda que com sintomas distintos, mas integrada a outras doenças numa perspectiva de racionalidade médica própria da Época Clássica, onde inexistia uma medicina específica fundada na distinção entre o físico e o mental. Estes dois aspectos, acima elencados, criarão um “caldo teórico” sobre o qual Foucault sinalizará o momento em que a loucura é retirada do interior do Hospital Geral, para adentrar os muros do asilo. Uma loucura que passa, progressivamente, da condição de desrazão para a de alienação.

Podemos assim entender que Foucault não toma a cientificidade, definida pela atualidade de uma ciência, como norma para avaliar o passado da psiquiatria e da psicologia, para deixar a loucura falar a sua própria linguagem<sup>19</sup>. Um recusa a retomar, autorizar a linguagem da razão e de compactuar com a redução da loucura ao silêncio, enquanto cativa à ordem da razão. Foucault também se recusa a realizar uma história

---

<sup>19</sup> Tese que será contestada por Jacques Derrida em Conferência, proferida em 1963, no Colégio Filosófico, França, particularmente em relação ao prefácio da *História da Loucura*. Nas edições seguintes, o prefácio que consta na primeira publicação deste livro é suprimido por determinação de Foucault.



factual e descritiva mas tenta, nas palavras de Machado (1978), tomar a loucura a partir de seu valor positivo para avaliar práticas e teorias: "reencontrar, na história, o grau zero da história da loucura, onde ela é experiência indiferenciada, experiência ainda não separada pela própria separação" (FOUCAULT, 2014, p.159)

De acordo com Machado (2005, p.25), assim como para Nietzsche (1992) a história do mundo ocidental é a recusa ou o esquecimento da tragédia, e a história da loucura proposta por Foucault teria encampado realização da história do vínculo entre a racionalidade moderna e um processo longo de dominação que destituiu a loucura de seus poderes ao torná-la objeto da ciência. Deste modo, Foucault teria perpetrado uma (re)interpretação da história da racionalidade da loucura, esta responsável por encobrir o devir horizontal, trágico da loucura. Ao ratificar a loucura como doença mental, evidencia-se a forma como está implicada, de maneira intrínseca, no "cerne da constituição da racionalidade do pensamento e da conduta" (YAZBEK, 2013, p. 129).

Contudo e por fim, tal qual nos alerta Yazbek (*idem*), um pouco além de uma arqueologia que circunscreve o ordenamento discursivo que torna possível que a loucura seja capturada pela ciência e pelo saber médico, seus antecessores, o livro de Foucault também teria nos pontado o que pode ser chamado de "controle social" dos comportamentos desviantes, como adiante veremos. É neste sentido que direcionemos nossa narrativa, pois, para as formas como as formações discursivas e as mecânicas de poder de uma dada época se voltaram para este sujeito agora alienado, para seu recolhimento, não mais Hospital Geral (FOUCAULT, 1979; 2014), mas por intermédio daquilo que Robert Castel (1978) chama de 'tecnologia pineliana', ou 'síntese alienista', onde, nos termos apresentados por Pelbart (2009, p.53), a doença mental seria a passagem da prevalência da desrazão para a loucura em sua versão clínica. É disto que trataremos no próximo subitem.

### 3.1.2. Do Grande Enclausuramento ao asilamento: a Tecnologia Pineliana

É nossa escolha teórica e metodológica, aqui, apresentar e discutir a loucura a partir do lugar histórico e arqueológico que a o hospital geral e, posteriormente, a instituição psiquiátrica (asilo, manicômio) passa a ocupar na construção de um (novo) saber para a medicina e para a psiquiatria moderna, assim engendrando novas mecânicas e novos dispositivos de poder nas relações sociais e nos processos de subjetivação. Construção, sobretudo, da subsunção da loucura aos termos da doença mental. Neste subitem, assim, daremos continuidade à discussão acerca da institucionalização da loucura e apresentaremos o surgimento do asilo enquanto seu mais significativo expoente. Para tanto, definiremos uma certa “cultura asilar”, cujo tratamento moral, com seus ideais de regulação e de punição e vigilância, promove o engendramento daquilo que Castel (1987) denomina “tecnologia pineliana”, responsável pela patologização da loucura, seu enquadramento na ordem da alienação mental e da doença mental. Momento em que a ciência transforma a loucura em um “acidente patológico” (NETO, 1998, p. 638).

Amarante (2015) nos fornece um primeiro elemento importante para discutirmos a questão do asilamento e seus efeitos disciplinares: “o asilo, instituição que dá origem ao saber psiquiátrico, é a contradição eterna (...) ao complexificar-se o (seu) saber, complexifica-se também o asilo (*idem*, p. 81).

Se pretendemos, partindo deste preceito, iniciar a discussão em torno de algumas mecânicas observadas na institucionalização asilar, tomaremos como referencial, ou eixo norteador da discussão, alguns conceitos apresentados por Castel (1978) em seu livro *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do Alienismo*.

Livro cuja primeira edição data do ano de 1978, já na sua introdução o autor francês nos anuncia alguns dos autores com os quais trabalhará para a construção de um percurso que diz, necessariamente, cauteloso e lento. Cita os pensadores franceses Pierre Bourdieu e Jean-Claude Passeron, dos quais toma a “chave de interpretação dos aparelhos de dominação” (*idem*, p. 16) e faz um belo préstimo a Foucault, cujo o anteriormente citado livro *História da Loucura*, nas suas palavras, teria marcado “em relação ao etnocentrismo médico, uma ruptura em cujo rastro qualquer empreendimento deste gênero não pode deixar de se inscrever” (*ibidem*). Ainda, cita o italiano Baságli, cujo grupo em torno dele constituído seria referência para o que ele denomina (a também já aludida) “Alternativa à Psiquiatria”.

O termo “tecnologia pineliana” é apresentado enquanto um síntese do asilamento operado, principalmente mas não apenas, na França no período pós-revolucionário e, segundo Lancetti e Amarante (2006) e a partir do que nos é apresentado por Castel (1987), define a caracterização de uma certa (nova) racionalidade da medicina mental, o alienismo, em plena conformação.

Muito embora consigamos identificar a problemática que é concentrar uma “orientação paradigmática” em torno de um único nome, neste momento Pinel é apresentado enquanto aquele que coaduna toda uma proposta inaugural de institucionalização da loucura neste novo dispositivo hospitalar, o asilo. Médico, filósofo, matemático e enciclopedista francês, Pinel elabora no século XVIII um arcabouço teórico que teria nos apresentado operações através das quais se desenvolve uma rigorosa estratégia de ordem, ortopédica, fundadora de uma determinada prática asilar ou, ainda, “uma primeira incursão especificamente médica sobre a loucura” (AMARANTE, 2015, p.70). Teria, ainda, consolidado a ideia de que “a loucura corresponderá à prática e à instituição psiquiátrica” (YAZBEK, 2013, p. 126).

Para chegarmos até o nome do médico francês e à “tecnologia” por ele engendrada, façamos um estratégico recuo em direção daquilo que nos é apresentado por Michel Foucault inicialmente na *História da Loucura* e posteriormente endossado em seu texto *O Nascimento do Hospital*, encontrado em seu livro *Microfísica do Poder* (FOUCAULT, 1979, pp. 99-111), aspectos também debatidos por Rosen (1994) no seu livro *Uma História da Saúde Pública*, quanto à constituição progressiva do hospital enquanto um espaço de cura, base de referência (teórica e prática) para a institucionalização posterior da instituição psiquiátrica.

Em *O Nascimento do Hospital*, o autor francês retoma a discussão realizada em a *História da Loucura* acerca da apresentação do conceito de Grande Internação, onde a tese de que, enquanto instrumento terapêutico, o hospital – “Instituição Totalitária”, nas palavras de Castel <sup>20</sup>(1987) – é uma invenção nova, datada do final do século XVII. Para tanto, desenvolve algumas proposições: a de que a instituição hospitalar aparece pela primeira para a tecnologia médica na Idade Média, uma vez que somente

---

<sup>20</sup> Castel (1987, p.63), assim a conceitua: “e uma instituição totalitária onde reinam as leis do universo mais concentracionário, mas sem tecnologia hospitalar específica (...) existem inúmeros testemunhos sobre as resistências populares, não somente ao enclausuramento dos ‘pobres válidos’ nos Hospitais gerais e nos depósitos de mendigos, como também ao encargo público do doente”.

paulatinamente passa a ser programado enquanto instrumento terapêutico, instrumento de intervenção sobre a doença e o doente, portanto, um (novo) instrumento de produzir cura. Duas “séries” distintas são apresentadas, portanto: a série médica e a série hospitalar.

O hospital, como instituição importante e mesmo essencial para a vida urbana do ocidente, desde a Idade Média, não é uma instituição médica, e a medicina é, nessa época, uma prática não hospitalar (FOUCAULT, 1979, p. 101)

Assim, segundo Foucault, (*idem*), a transformação deste espaço institucional dataria do ano de 1780, quando uma nova prática teria sido inaugurada: a observação sistemática e comparada dos hospitais ou “viagens-inquéritos”, responsável pelo esquadramento do espaço hospitalar e da separação “classificatória” do que é observado e inquerido. Também Amarante (2015) nos diz, aludindo ao texto *O Nascimento da Medicina Social*, que esta transformação acontece no contexto da medicina urbana francesa, “quando tem início a prática da visita e da observação – sistemática e comparada – de grandes estabelecimentos” (*idem*, p. 67).

Se, ainda segundo Foucault (*idem*), a novidade do XVIII é a constituição de uma medicina hospitalar ou hospital médico-terapêutico é que, antes, o hospital se configuraria enquanto “solução”. Em seus textos dedicados à medicina e ao hospital, portanto, Foucault duplica a ideia de que a instituição hospitalar existe para receber o pobre: aquele necessitado de assistência e, como portador de doenças e de possível contágio, perigosos para a sociedade, em ruptura com a integração social e necessitando ser recolhido. A hospitalização se contraporá à anomia urbana:

É preciso lembrar que o hospital só se tornou um meio prioritariamente médico no século XIX, se é que o foi completamente naquele momento. Sob o Antigo Regime, a população dos hospitais não era constituída somente de doentes e nem de todos os doentes. Era produto de uma relação bem específica, operada no seio dos indigentes reduzidos ao último grau de abandono, assim como de todos aqueles que era preciso arrancar de seu meio de vida em função dos perigos que apresentam para o equilíbrio social (...) é o último e o mais discutido grau de um dispositivo mais geral de luta contra os riscos sociais provocados pela miséria e pela pobreza. (CASTEL, 1987, p. 62-3)

O principal personagem do hospital no século XVIII, desta forma, não é o doente a ser curado, mas o pobre que está morrendo ou colocando em perigo uma dada ‘ordem social’. Não objetiva-se a cura, mas a ‘salvação’ do moribundo, ou a facilitação

da transição entre a vida e a morte, além da separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população.

Temos então configurado, nas palavras de Foucault (2014) até o início do século XVIII, um grande movimento conjunto de agrupamento, exclusão, assistência e transformação espiritual de doentes, loucos, devassos, prostitutas, leprosos, e demais ‘desviados’, com a finalidade de impedir que determinadas condições de doença sejam foco de desordem econômica ou médica. O autor destaca a importância do modelo do hospital militar e sua progressiva e nova organização política e administrativa.

Ainda é apresentada neste texto a ideia de que são os termos da técnica disciplina (minuciosamente discutido no belo livro *Vigiar e Punir. História da Violência nas Prisões*, do ano de 1974) e não as técnicas médicas, as responsáveis por uma nova “gestão dos homens” marcada pela distribuição espacial dos indivíduos (individualizado, classificatório, combinatório); pelo controle não sobre o resultado de uma ação, mas sobre seu desenvolvimento; pelo controle sobre os gestos, exercício de uma arte sobre o corpo humano, sua eficácia, rapidez e ajustamento; pela vigilância perpétua e constante (pirâmide de olhares) e pelo registro contínuo. Os indivíduos passariam, a partir de uma nova lógica de gestão do espaço hospitalar (dentre outras instituições modernas), a ser um caso, um objeto a ser documentado, registrado, de acúmulo de saber (FOUCAULT, 1977, p. 125-200).

Novamente Amarante (2015) destaca que em *O Nascimento da Clínica* Foucault (1980) teria descrito esta transformação do hospital em uma “instituição medicalizadora, pela ação sistemática e dominante da disciplina, da organização e esquadramento médicos” (AMARENTE, 1994, p. 25). Um lugar de produção de verdade, de saber, de positividade.

(...) o saber sobre o hospital, possibilitado pelas estratégias disciplinares, permite ao médico agrupar as doenças e, assim, observá-las de uma forma diferente, no dia a dia, em seu curso e evolução. (um saber) que se constitui sobre uma doença institucionalizada, isto é, uma doença modificada pela ação prévia da institucionalização ( *idem*, p. 69).

Assim, é a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço até então confusos do hospital que possibilitará sua medicalização. Alguns possíveis motivos para esta transformação são apresentados: razões econômicas, o novo valor atribuído ao indivíduo numa nova lógica produtiva e a tentativa de evitar que as epidemias se

propaguem diante de uma nova configuração de cidade, urbana. Tal qual também nos indica Machado (1981), o Grande Enclausuramento se constitui num contexto marcado pela ética do trabalho, antídoto contra a pobreza.

O Grande Enclausuramento não é correlativo do hospital moderno, medicalizado e governado pelo médico. As condições de emergência de um saber e instituição médicos relacionam-se a condições econômicas, políticas e sociais que a modernidade inaugura (AMARANTE, 2015, p. 24).

Ainda e por fim *O Nascimento do Hospital* apresenta uma questão importante, aquela que diz respeito à transformação do sistema de poder no interior do hospital, a inversão de suas relações hierárquicas: se até então sua gestão era atribuída às ordens religiosas, no momento em que este espaço institucional passa a ser concebido enquanto instrumento de cura, de terapêutica, sua gestão e a sua organização passam a ser atribuições médicas. Como nos indica Amarante (1994), o hospital torna-se o *a priori* elemento da medicina moderna.

Sinalizamos algumas questões importantes: a de que não haveria distinção entre o a segregação social e o enclausuramento do louco e demais “indesejados”; a de que este enclausuramento inicialmente era operado no Hospital Geral e que, somente progressivamente e a partir do século XVIII, este espaço de Enclausuramento, a partir de uma nova finalidade medicalizadora e curativa, torna-se espaço privilegiado de intervenção médica.

Para Castel (1978), e seguindo a argumentação da *História da Loucura*, é nesta mesma época, ao final do século XVIII, que o caráter médico, de medicalizante das práticas sociais referentes à loucura, emerge. E isso se conformaria não exclusivamente, eis aí um novo dado, em função da relação médico-doente, mas da relação medicina-medicalização. Castel ainda nos situa conceitualmente quanto a esta medicalização: ela não significaria “a simples confiscação da loucura por um olhar médico. Ela implica na definição, através da instituição médica, de um novo *status* jurídico, social e civil do louco”, enquanto alienado (*idem*, p.55). E isso aconteceria, como já apresentado por Foucault (2014), por intermédio da internação do louco não mais no Hospital Geral, como até agora sinalizamos, mas em um “estabelecimento especial”, propositivamente e *per se*, terapêutico (FOUCAULT, 2014 e CASTEL, 1987). Voltemos, pois, à *História da Loucura* para sinalizar como esta operação é efetivada a partir das análises de Foucault.

Segundo Machado (1981, 2005), um salto importante é dado quando o autor volta sua atenção para a segunda metade do século XVIII, mais especificamente para aquilo que ele chama de ‘deslocamento institucional’ (FOUCAULT, 2014, p. 400): a criação, a partir do entendimento da loucura enquanto alienação (de si, do mundo, da verdade), de instituições destinadas exclusivamente ao louco, possibilitada a partir do enquadramento do hospital enquanto um lugar de cuidado para com a doença e de novas configurações sócio-políticas entre as nações europeias.

O importante é que essa transformação da casa de internamento em asilo (...) a transformação progressiva de suas significações sociais (...) a apropriação de todo o campo do internamento pela loucura, no momento em que todas as outras figuras da desrazão foram pouco a pouco libertadas, foi tudo isso que fez do internamento um lugar duplamente privilegiado para a loucura: o lugar de sua verdade e o lugar de sua abolição (*idem*, p.463)

A proposta feita pelo pensador francês para o entendimento da criação destas instituições “exclusivas” estaria assim (embora não apenas) fortemente ancorada num novo cenário econômico que desponta na história ocidental: a conformação do capitalismo moderno e a importância que passa a ter a população para a produção, de uma forma geral; a necessidade de defesa, de proteção e de “positivação” da população enquanto força de trabalho. Para tanto, há de se separar aqueles potencialmente “produtivos”, embora “adoecidos”, daqueles “improdutivos”, sob pena de colocar em risco os primeiros.

Neste tocante e para justificar tal “deslocamento”, Le Blanc (2013) apresenta uma tese interessante: a de que na *História da Loucura* Foucault teria desenvolvido, também, uma história da pobreza na Idade Clássica (ideias “gestadoras” das teses presentes nos textos do livro *Microfísica do Poder*).

Para sustentar tal premissa, Le Blanc (*idem*) nos diz ter sido em seu curso *Os Anormais* que Foucault (2010b) sistematiza a ideia de uma “arte de governar” que desponta na Idade Clássica, uma vez que, para o autor francês, esta época é responsável por elaborar “o que se pode chamar de o ‘governo das crianças’, o ‘governo dos loucos’, o ‘governo dos pobres’ e o ‘governo dos operários’ (FOUCAULT, 2010b p. 61). Uma governamentalidade liberal, onde loucos e pobres aparecem como aqueles que não cessam de se olhar como num jogo de espelhos, “de serem considerados como sujeitos das margens que uma longínqua semelhança acabava sempre por reinscrevê-los num espaço comum” (LE BLANC, 2013, p. 173). Assim, teríamos no livro de Foucault não

(apenas) uma ‘arqueóloga’ da percepção, do silêncio e do asilo, mas sobretudo uma história do hospital geral, onde pobreza e loucura habitam de maneira solidária.

Ainda segundo Le Blanc, se a marca de organização do nascimento do asilo é a dissociação entre a figura do louco e a do pobre, a sua institucionalização recoloca em causa a justaposição entre ambos, contudo individualizando o louco como sujeito patológico, uma distinção medicalizada entre o normal e o patológico, de maneira que

(...) essa distinção adquire, ao mesmo tempo, um valor social, pelo fato de que o pobre não é mais considerado como um sujeito à parte, um marginal, devendo, ao contrário, ser considerado como um novo elemento necessário à riqueza das nações (*idem*, p. 174)

Foucault teria assim também anunciado a libertação dos mendigos para fora dos hospitais gerais, como resposta às reivindicações e revoltas populares contra o hospital (FOUCAULT, 2014, p. 402) e como resposta à crise que atinge alguns países europeus. Uma “percepção purificada da pobreza” (*idem, ibidem*) na tentativa de reconduzi-la ao trabalho. Ergue-se, a partir de então, uma nova fronteira entre “pobres válidos” e aqueles “inválidos”. Para estes últimos, uma estrutura de atenção específica. Aos primeiros, as fábricas nascentes e uma nova perspectiva social sobre a pobreza: o pobre não seria mais um preguiçoso, mas um “desempregado”, e uma peça indispensável ao próprio crescimento econômico.

Passa a ser socialmente importante que o louco não seja confundido com o pobre. Essa distinção é imprescindível para que a percepção asilar funcione em “regime medical” em sua plenitude, onde “a função médica e a função de exclusão serão exercidas uma após outra, mas no interior de uma estrutura única” (FOUCAULT, 2014, p. 431) e onde fica abolido, em definitivo, o lugar de separação social endossado pelo hospital geral (mesmo que, a seguir, outros sejam constituídos).

Assim, temos aí uma inversão interessante: não falamos de uma relação causal direta entre um determinado saber (a psiquiatria) e a forma como este saber pode forjar um dado objeto de conhecimento. Mas, antes, a proposta de entendimento da forma como se dá, na história, a institucionalização e o isolamento - em uma nova e específica instituição - de determinados indivíduos em função de um conhecimento médico anterior e de um novo cenário econômico no contexto de um processo de produção nascente. Falamos, ainda, na forma como esta institucionalização, a percepção sobre ela, engendra uma dada produção de conhecimento científico (FOUCAULT, 2004).



Recorremos novamente à literatura, agora na fala do psiquiatra inventado por Machado de Assis (2009) em seu conto *O Alienista*, escrito nos idos anos de 1881, para darmos continuidade à nossa discussão. Neste livro, o autor brasileiro retrata as dimensões políticas, sociais, subjetivas e técnicas que a loucura assume em uma determinada época da História. Na fala de Simão Bacamarte: “a loucura, objeto de meu estudo, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente” (*idem*).

Duas dimensões deste “continente”: o conhecimento da loucura é uma peça do mecanismo de enclausuramento” (MACHADO, 1981, p.77). Depois, a consolidação de uma proposta terapêutica: a reclusão e sua “significação curativa” *per se* (*idem*, p.76).

Dois recursos responsáveis pela individuação da loucura num nível do institucional, que possibilitaria uma reflexão antropológica sobre o homem (moderno), constitutiva de uma verdade sobre ele. A loucura agora aliena o sujeito de si mesmo.

E se fosse preciso resumir em uma palavra esta evolução, sem dúvida poder-se-ia dizer que o próprio da experiência da Desrazão é que nela a loucura era sujeito dela mesma; mas na experiência que se forma, neste final de século XVIII, a loucura é alienada com relação a si mesma no estatuto de objeto que ela recebe (FOUCAULT, 2014, p. 463).

Enclausuramento/isolamento e cura. Duas peças constitutivas do Tratamento Moral, elemento central da tecnologia pineliana. Dois dispositivos analíticos trazidos por Foucault, responsáveis por redimensionar, por completo e a partir de agora, o estatuto da loucura e que, de certo modo, orienta a concepção contemporânea que dela temos: a de que há uma periculosidade ‘essencial’ na loucura’, a de que a internação em instituição especializada seria a melhor terapêutica para ‘isso’ que agora é uma doença mental e que, portanto, ‘isso’ é passível de ‘terapêutica’ e ‘medicalização’. “Se a loucura é alienação, sua cura é retorno ao inalienável pela ação exercida pelo hospício, chegou para o louco e, cada vez mais para todos nós, a era do patológico” (MACHADO, 1981 p.81).

Assim, não é que a introdução do médico no cenário da loucura seja uma novidade mas, como descreve Castel (1987), às vésperas da Revolução Francesa, a medicalização desponta enquanto “anúncio do reconhecimento de uma competência do médico para intervir nas questões sociais colocadas pela loucura” (*idem*, p.57). Há, aí, uma oficialização do reconhecimento da qualidade de doente do alienado. Há aí, ainda,

o projeto de medicalização com a reorganização do espaço do enclausuramento. A loucura pronta para ser exposta à observação médica.

A questão que se coloca, contudo, é que a despeito dos ideários “libertários” e “liberais” que perpassam a proposta de construção de uma nova organização social pós revolucionária, o que se apresenta é que esta “fundação” se solidifica no mais arcaico dos modelos do hospital. Nas palavras de Castel (1987), no “velho trapo da instituição totalitária”.

Travestida de ação humanitária, liderada por operadores, práticos, novos *menagers* se apresentam. A despeito da ideia de que Pinel teria liberado a loucura das amarras do antigo Hospital Geral Totalitário e que, desta forma, teria operado uma primeira “reforma” ou primeira “revolução” no trato com a loucura, desponta um *segundo* momento de enclausuramento, agora destinado àqueles que devem ser eliminados, passíveis de “sequestração obrigatória”.

Pinel teria realizado assim não só o velho sonho da burguesia nascente de uma nova política filantrópica, mas também e sob nova roupagem, mantido os preceitos da instituição totalitária numa “síntese alienista”, pautada em três dimensões: “classificação do espaço institucional, arranjo nosográfico das doenças mentas, imposição de uma relação específica de poder entre médico e doente - o ‘tratamento moral.’ (LANCETTI e AMARANTE, 2006, p.617).

Também segundo Pelbart (2009, p. 43), o tratamento moral é um dos maiores princípios preconizado pelo alienismo e consistia na aplicação de quatro técnicas na 'remodelagem' dos reclusos: "o silenciamento moral (que esvaziava por si só os delírios, tornando-os literalmente sem efeito), o julgamento perpétuo (a vigilância e a punição e a punição interiorizariam a culpa e a consciência da loucura), a ridicularização (que Foucault chamou de "reconhecimento pelo espelho", em que se convocava a loucura de um para julgar absurda a de outro, e assim invalidar a de ambas) e, finalmente, a autoridade do médico, peça chave do dispositivo". Apresentamos, por fim, uma sistematização destas características, acima discutidas.

*Primeiro*, esta “tecnologia” redundaria em um ato de isolamento: Pinel não retira subtraído as correntes dos alienados, mas os ordena no espaço hospitalar, os distribui metodicamente, por intermédio da classificação por sintomas. Partindo do princípio de que a “sequestração” é a condição primeira da terapêutica da loucura, temos o domínio da lógica do internamento. Segundo Amarante (2015) o isolamento é, cientificamente, uma construção pineliana, ainda não superada nos dias atuais. Como nos diz Castel

(1987, p.86), “a partir deste princípio, o paradigma da internação irá dominar, por um século e meio, toda a medicina mental”.

O isolamento é uma medição necessária, pois a sociedade reclama uma solução para os insensatos, pois oscila contraditoriamente entre a humanização, decorrente dos lemas libertários da Revolução Francesa, e as medidas de caráter mais drásticos (...) Pinel pois acena para a recuperação do louco e o isola, embasado em princípios epistemológicos (AMARANTE, 2015, p. 74).

Segundo, o asilo seria, *per si*, terapêutico e o tratamento eficaz, por excelência, é o “tratamento moral”. Estabelece-se uma rede de regras imutáveis, caminhos que representam etapas para a cura. Para Amarante (2015) e a partir deste preceito, o asilo não só pode, mas também deve desempenhar legitimamente uma função disciplinar e um readestramento moral, uma vez que a loucura seria um distúrbio das paixões. É por intermédio da mudança de lugar – do meio social ao espaço hospitalar – que se opera a imposição de uma ordem asilar. O tratamento moral é, pois, uma polícia interior.

(...) o mundo ‘normal’ é doravante o lugar da reprodução da desordem, ao passo que o grande cemitério asilar passa a ser um espaço coextensivo da razão (...) onde a incomensurabilidade da loucura tivesse uma chance de ser anulada pelo esforço de todas as coerções (...) o asilo nada mais é do que o dejetado da sociedade, a ordem da moralidade reduzida ao seu esqueleto de leis, obrigações, constringências (CASTEL, 1987, p. 87)

Por *último*, a restituição da razão se daria a partir da relação de autoridade entre o médico e o ‘doente’, através da interiorização de uma vontade racional, um jogo entre o exercício da violência, um subjugar e liberar que estrutura a história da relação terapêutica:

O médico é a lei viva do asilo e o asilo é o mundo construído à imagem da racionalidade que ele incarna. O espaço hospitalar concentra seus poderes e, inversamente, a ordem inscrita nas coisas ganha vida como ordem moral por ter como suporte a vontade do médico. (*idem*, p. 88).

As características acima sistematizadas também coadunam com as análises de Pelbart (2009), aquelas que nos dizem que o espaço asilar é pensado para parecer uma cidade perfeita e ideal, racional, moral, onde a loucura pudesse aparecer como uma verdade tanto do louco quanto do homem e, por conseguinte, ser abolida, superada, pela força da racionalidade imperante na sua organização e funcionamento. Onde a loucura pudesse, pois, ser pensada como involução a um estágio precoce da civilização e do

indivíduo, como uma "infância psicológica, moral e social da humanidade" e, ao mesmo tempo, como "estágio terminal: a loucura seria o resultado dos males e excessos da civilização, seu fruto degenerado. O mais primitivo e o mais decadente se encontram na loucura" (*idem*, p. 43-4). Ainda, a de que é no asilo que o ocidente opera um movimento de dessacralização da desrazão que, silenciada, perde seu caráter escatológico e uma nova percepção acaba por ordenar a loucura a partir de novos imperativos de e da ordem.

Se no prefácio da *História da Loucura* nos é anunciada a história de um silêncio - história dos "seres cujas vozes, ao longo do tempo, tornaram-se inaudíveis, emudecidas (...) que quase sempre foram ditos pelos outros, alienados, portanto de sua própria fala" (ALBUQUERQUE Jr, 2013, p. 96) e portanto de sua obra - ao final desta trajetória, no capítulo intitulado "O Círculo Antropológico" Foucault (2014) anuncia a loucura como um "lugar de vazio onde o homem moderno não cessa de se projetar e se esvanecer (*idem*, p. 195), presença ameaçadora e incontornável, à espreita, um devir perigoso e incontrolável

(...) uma das formas do limite do homem, o arrombamento, o ultrapassamento das fronteiras de um rosto traçado por e em nome da razão, lugar em que o homem como sujeito soberano revela seu vazio essencial e vê descanso a unidade de seu discurso fraturado (*idem, ibidem*)

Assim a loucura, esta que assume e adquire formas distintas ao longo do tempo está agora pronta para, uma vez que ameaça, ser esconjurada e, se ressurgir, é por intermédio da "autorização" e "controlada" das intervenções terapêuticas, da ciência ou do manicômio. Um pouco mais além, e aqui introduzimos a temática do próximo subitem, Lancetti e Amarante (2006, p. 619) nos esclarecem que ao nomearmos a loucura como "alienação", "distúrbio da razão" – isso em meio à sacralização da razão, no momento histórico da "Idade da Razão" – justificamos não apenas a sua exclusão e seu tutelamento, mas também a sua aproximação da ideia de "irracionalidade", de "animalidade".

Decorre daí a relação quase obrigatória entre os conceitos de alienação mental e de periculosidade. Em boa parte, a necessidade de internamento em enfermarias mentais decorre da probabilidade de que o louco seja perigoso, de que represente riscos, para si e para a sociedade (*idem, ibidem*)

Castel (1987) também sinaliza que a identificação da criminalidade com a loucura exige, a partir de então, um tratamento específico e diferenciado: “na medida em que a estrutura contratual da sociedade se generaliza, ela impõe a rejeição daqueles que não podem entrar no seu jogo” (*idem*, p.75). Contemporâneo ao advento da medicalização da loucura, percebe-se o advento do poder da psiquiatria, numa relação de “retroalimentação” e que também permite que este novo saber, pouco a pouco, ramifique-se para fora dos muros do asilo e difunda-se em toda a sociedade, em nome de um imperativo rigoroso de defesa social” (LE BLANC, 2013, p. 180).

Muito embora seja possível identificar, na atualidade, a ideiação de sujeito perigoso entre todos aqueles que historicamente ameaçam a hegemonia política do poder instituído, é possível também particularizá-la a partir da figura do louco. É assim que, no próximo subtema, buscaremos situar a história do medo relacionado à construção do sujeito perigoso personificado pela figura do desviante.

Cabe-nos sugerir que o estranho, a desordem, são constituídos socialmente, assim provocando, via de regra, um medo que não pode ser tomado na ordem do “natural”, embora legitime práticas por vezes extremas de controle social em nome de uma suposta segurança, aí incluídas as práticas normativas e segregativas, por intermédio da institucionalização, e como nos precisa Goffman (2007), com efeitos de aniquilamento ou mortificação subjetiva.

O estranho, o sujo, a desordem e/ou o caos não provocam medo naturalmente. Foram forjados e constituídos socialmente ao longo da história da humanidade e necessitam, como nos alerta Silva (2015), ter seus contextos de produção resgatados para que sejam desnaturalizados. É desta maneira que a análise dos acontecimentos que os instituíram tornar-se-ia importante, uma vez que nos constituímos subjetivamente ao longo da história como sujeitos capazes não apenas de legitimar práticas violentas de controle social, como aplaudir ações ilegais contra tudo aquilo que pareça ser fonte deste medo.

Novamente Silva (*idem*) sugere que temos imposto medidas de controle, contenção, coerção visando, no mínimo, transformação e/ou neutralização daqueles que desviam dos modos de ser facilmente governáveis ou que desordenam o campo político existente. Para Foucault (1995), por não alimentarem a cadeia produtiva de maneira satisfatória, por se esquivarem do governo da individualização ou, ainda segundo o autor, por oferecerem resistência aos assujeitamentos cotidianos que os tornaria “normais”, dóceis economicamente e úteis politicamente (FOUCAULT,

1977).

A matriz de construção dessa humanidade, dessas práticas de controle social e de esmagamento das vidas ditas desviantes, pauta-se no entendimento do mundo ordenado por verdades universais inquestionáveis, por vezes, tidas como transcendentais (...). O mundo a partir dessa ótica é binário e as análises sobre o mesmo, quase sempre maniqueístas e moralistas, já que há certo e errado em si, apartado do contexto de fabricação dos acontecimentos, entendidos como fatos (SILVA, 2015, p. 53)

Na mesma lógica, Batista (2003, p. 23) salienta que “a hegemonia conservadora na nossa formação social trabalha a difusão do medo como mecanismo indutor de tomadas de posição estratégicas seja no campo econômico, político ou social”. Vemos constituir-se a possibilidade de variação entre dois extremos, binários e hierarquizados: louco e são, normal e anormal, delinquentes e não delinquentes, cidadãos de bem e cidadãos maus-bandidos, drogado ‘sujo’ e os limpos, respeitáveis e não respeitáveis, humanos direitos e direitos humanos, e.o., a partir dos quais os sistemas punitivos e de controle (FOUCAULT, 1977) têm destinatários classificáveis e reconhecíveis, contra os quais se pode agir - e se deve neutralizar - cuja finalidade última seria manter a ordem, os estatutos e a legitimidade das “classes sociais”, além de anular os espaços de conflitos e contradições, próprios da vida e dos contornos sociais.

Assim, daremos continuidade às discussões suscitadas nos subitem anteriores, orientando a discussão não apenas - dada a sua importância histórica e epistemológica - à consolidação da Medicina Mental e da instituição manicomial nas suas funções histórica e social de governo dos “vivos desviados”, mas também aludindo a forma como esta nova especialidade médica, a psiquiatria e suas práticas, imiscuiram-se às práticas judiciárias, estabelecendo-se como ciência médica a partir de uma função técnica e política. Pegamos emprestado o título de um texto de Foucault, “A evolução da noção de indivíduo perigoso na psiquiatria criminal do século XIX” (FOUCAULT, 2004c), para vislumbrar como este novo saber constitui-se progressivamente com um “poder” de atuar no campo da medicina enquanto higiene pública e a partir de sua relação, cada vez mais íntima, com a justiça criminal.

### 3.2. MEDO E PERIGO: AS NOVAS MARCAS DA LOUCURA

Jean Delumeau (*apud* BATISTA, 2003), ao historicizar o medo, nos diz que sua trajetória responde a dois eixos majoritários: por um lado, os medos da maioria, relacionados à peste e aos flagelos tradicionais, como a fome e as guerras e, de outro, o medo da cultura dirigente de perder sua hegemonia política. Já Silva (2015) nos alerta que a relação entre estes eixos está no fato de que os medos da maioria, com o consequente medo da morte, tem servido a atender a interesses de classe, já que atuam como importantes elementos na construção de instrumentos de ordenação e limpeza do espaço (SILVA, 2015, p. 56).

O medo pode assim ser entendido enquanto estratégia de governamentalidade, em torno do qual, entre outros, constitui-se a figura do “louco perigoso”, segundo Foucault (2006, 2010a; 2010b; 2014) forjada no século XIX e versando entre as figuras dos “anormais”. É assim que também prisões, manicômios judiciários, os hospitais psiquiátricos, suas derivações contemporâneas, como as Casas de Passagem e as Comunidades Terapêuticas, bem como os saberes que os sustentam como práticas legítimas e resolutivas, fazem-se amparados numa perspectiva binária e, via de regra maniqueísta, engendrando-se enquanto aparato institucional para lidar com a desordem, a imprevisibilidades e a ameaças.

Para adentrarmos na construção deste percurso, sinalizaremos novamente - agora junto à outros autores e a partir de uma nova perspectiva que não aquela apresentada no subitem 2.1 -, a ausência de referência à loucura como um mal em si ou como signo de perigo até a Idade Média, sendo somente no início do primeiro milênio cristão, com os trabalhos de Hipócrates que, ainda que pensando a loucura agora como uma doença, não a define como algo “permanente e sem tratamento” (BARROS-BRISSET, 2011b, p. 40).

Segundo Silva (2015), na Idade Média, a partir da perspectiva cristã, as concepções sobre o “mal” são construídas e consolidadas paralelamente a concepção da loucura construída por Hipócrates anteriormente e deixada como herança por Galeano<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> “Como Galeno foi o tradutor e intérprete do corpo hipocrático por mais de quinze séculos, a concepção grega da loucura foi aquela transmitida por ele. A noção de déficit surgiu da pesquisa de Galeno, através da dissecação dos cérebros, ideia afastada da experiência do médico com a situação da loucura em si mesma. Hipócrates, que escreveu sobre a situação da loucura como episódica, retirou suas conclusões do convívio com os doentes que atendia (...)”

Barros-Brisset (2011b) nos diz que Agostinho entende o mal como substância, um desvio do homem da direção que o levaria a Deus (substância suprema), responsabilizando-o por suas escolhas, já que este mal pode ser evitado quando nos aproximamos das graças divinas. Um concepção que contempla o livre-arbítrio potanto, e que, no seu limite, entende que este desvio pode ser resolvido por intermédio de sacrifícios - um meio de expiação das desordens, do pecado e do crime (Barros-Brisset, 2011a, p. 05). Sobressai-se assim a ideia de (homem) pecador, não “perigoso”. Concepção distinta daquela apresentada por São Tomaz de Aquino, que entende que o mal está nas coisas, podendo alguns “entes” portá-lo de modo permanente.

La Haye (2007) também nos diz que o desviante, durante longo tempo, foi considerado um pecador, sendo sua culpa manifesta e seu comportamento expressões de suas faltas e o encarceramento, quando acontecia, tinha por finalidade impede-lo de causar mal a si mesmo e a corrigir-se.

Trabalha-se, vive-se em comunidade, respeita-se as regras, pratica-se a oração e os atos de fé [o sujeito é] obrigado a seguir os ritos da religião: tudo é utilizado para curá-lo de seus pecados e reconduzi-lo ao caminho do bem. Não há nisso esforço algum para explicar a “doença mental”. (LA HAYE, 2007, p. 24)

Segundo Silva (2015), São Tomas de Aquino, após Agostinho, é contemporâneo ao contexto das Cruzadas e da instauração dos Santos Tribunais da Inquisição e na interpretação de sua obra, subtrai-se a ideia de que os “possessos” não poderiam ser moralmente condenáveis. Também para Barros-Brisset (2011a) São Tomás representaria “um giro de interpretação do pensamento agostiniano” (*idem*, p.06), uma vez que o mal deixa de ser apenas um simples desvio para se tornar algo que está nas coisas, de modo permanente.

Assim, o pensamento tomista teria deixado enquanto legado ao pensamento moderno a noção do mal como algo moral e que pode estar nas pessoas. Estas figuras do mal medievais passam a compor, posteriormente, os “quadros psicopatológicos” dos manuais diagnósticos: “O termo obsessão, dentre outros, data daí, bem como o vocábulo *periculum*, de origem latina, surgiu pela primeira vez nessa época,

---

anotava os sintomas identificados, suas tentativas de tratamento e os resultados obtidos em seus registros, que deram origem ao Tratado Hipocrático” (BARROS-BRISSET, 2011a, p.04)



precisamente no século XIII” (HOUAISS *apud* BARROS-BRISSET, 2011b, p. 07).

O tal “giro” acima citado diz respeito à ideia de que aqueles que portam o mal, como algo em si, podem ser identificados e “reformados”. Assim, teríamos uma das primeiras tecnologias de identificação, classificação e eliminação do mal, por intermédio da tortura, da exclusão ou da eliminação dos corpos presentes nos rituais cristãos de expiação e de expurgação. Constitui-se, portanto e na Idade Média, uma teoria geral do “mal”, mas não uma teoria da loucura como um mal em si. Tanto que, de acordo com Jaccard (1979), até o final dos Tribunais Eclesiásticos - um sistema de moralidades e mecanismos para identificar e eliminar o mal - preponderam dois modos de discurso sobre manifestações (demoníacas ou possessões): um de natureza organicista; o outro, metafísico. Condição orgânica ou moral-religioso. Nenhum desses modos discursivos se dobra, contudo, sobre a natureza perigosa dos indivíduos.

Ainda que a loucura não fosse vista como perigosa, em si, uma gama de “arsenal de exclusão”, nos termos de La Haye (2007, p.13-37) foi utilizada enquanto mecanismo de segregação para aqueles tidos como desviates. Introduce-se, entre o louco e nós, dispositivos da ordem do rito expiatório, do exorcismo, da interdição e do banimento. Se não é considerado perigoso ou doente, até um certo período, este autor nos sugere que o louco é aquela figura que sempre nos despertou medo. Entre as práticas de expiação e banimento, La Haye (*idem*) nos cita o “fosso da serpente” e “a nau dos loucos”, também citada por Foucault na *História da Loucura*, esta última um banimento praticado em toda a Europa, em especial na França, ao longo da Idade Média.

Como anteriormente mencionado, o termo ‘alienação mental’ é cunhado pela primeira vez por Felix Plater em 1625 para referir-se ao insensato como portador de uma despossessão da razão. Um renascimento do legado hipocrático-galeno, portanto, a medida em que a privação da razão tem novamente enquanto causa lesões cerebrais que tornam deficiente o uso da faculdade intelectual. Como referido, uma espécie de despossessão da razão. Pode-se dizer assim que, nas décadas referentes ao século XVII, as ideias de despossessão da razão e de possessão demoníaca caminharam juntas. Num caso, estava-se possuídos pelo demônio, no outro, despossuídos de razão.

De acordo com Szasz (1987, p.31-143), torna-se cada vez mais evidente a transposição do mal demoníaco para o mal psíquico, evidenciada pela busca de justificativa científica através das noções organicistas, que também buscam e enfatizam a necessidade de criação de um lugar para o tratamento.

E neste cenário e como já referido, que no século XVIII Pinel refunda o conceito de alienação mental cunhada anteriormente por Plater e efetiva uma síntese entre o organicismo e o metafísico, ao indicar que nos alienados se encontram engendrados, de forma composta e essencial, a lesão e a tendência ao mal.

Também de acordo Kramer e Sprenger (1991), podemos dizer que este arcabouço conceitual (pineliano) dá-se fundamentalmente a partir da comunhão entre a ideia de déficit permanente, presente nas propostas de Galeano ao traduzir Hipócrates e nas manifestações do mal moral, propostas pelos manuais da inquisição, em especial em São Tomaz de Aquino. Ainda para estes autores e, mais especificamente Pinel, uma *manie sans délire*, uma “mania sem delírio”, justificando o fato criminoso que eclodia do louco sem sintoma e com faculdades intelectuais preservadas.

Engendra-se na concepção ideológica conceitual da “alienação mental” pineliana a ideia de que os alienados sofreriam de um déficit moral intrínseco, donde é correto presumir, no horizonte desta doença, a violência, a crueldade, a maldade. Eles não são responsáveis, não são delinquentes, e sim doentes (...). Se no horizonte da loucura está o mal, o tratamento é moral, pois é desse déficit que se trata. (BARROS-BRISSET, 2011a, p.08)

Um pouco mais adiante na discussão, também Harris (1993) reforça a ideia de que é no trabalho “clínico”-teórico de Pinel onde identificamos a ideia inaugural de uma loucura perigosa por si e que no seu trabalho pioneiro encontramos a ideia de uma periculosidade intrínseca nos doentes mentais. Tomando a tese do déficit moral para fundamentar o conceito de alienação mental, nele subjaz a ideia de “uma loucura perigosa, imprevisível, violenta, sem culpa e sem razão” (BARROS-BRISSET, 2011a, p. 10). Uma insanidade que é um estado geral de inteligência reduzida e ou perturbada. Uma “insanidade intelectual localizada”.

Essa violência é de direito, é a violência da razão. O alienado nada mais é que um ‘enfermo’ (...). É necessário dobrá-lo, dominá-lo através de uma relação terapêutica que se assemelha a uma justa [luta] entre o bem e o mal (CASTEL, 1979 p.88-9)

Como nos esclarece Barros-Brisset (2011b), no ano de 1791 é publicado na França o código dos delitos e das penas. Mas é na reforma deste código, em 1810, que o pensamento pineliano, suas inferências e influências discursivas, acima colocadas, alcançam o código na forma do artigo 64, quando se afirma que a *demência anula o*

*crime*. Este artigo estabelece, assim, que onde há loucura não há crime e vice-versa<sup>22</sup>. Foucault (2010b, p. 40) descreve esta acertiva: “se é louco, não pode ser culpado, nem penalizado, mas tratado nas condições descritas por Pinel”. É o princípio da “porta giratória”: onde há demência, sai o crime - uma distribuição no poder de punir.

Segundo Harris (2013, p. 16-18), o que de fato o artigo 64 consagra é a ideia de privação da razão na loucura. Uma vez desprovido de razão, do louco é retirado não apenas a sua força moral, mas também a sua ‘responsabilidade’. Por ocasião, a identificação do “louco” encontrava respaldo numa avaliação consensual “comunitária”, uma vez que pessoas próximas eram consideradas qualificadas, tanto quanto os médicos, para sua identificação, não havendo assim a exigência de um lugar especial para a “perícia médica” nos casos onde se identificavam traços de loucura num dado crime.

Aqui damos um pequeno salto. Se no campo da medicina mental o conhecimento sobre a natureza do homem apresenta-se enquanto necessária para configuração das tecnologias para seu “tratamento”, também no campo do direito engendra-se uma demanda de reforma dos antigos sistemas de punições, agora também e considerando-se a ‘natureza racional’ do criminoso (FOUCAULT, 2003, 2010b).

Um adendo. Castel (1978) nos indica que, até o Antigo Regime, toda vez que um sujeito perturbava a ordem pública ou familiar, fosse ele considerado louco ou não, era passível de sofrer sequestração por intermédio de três poderes que “disputavam” a sua tutela e que comungavam certo equilíbrio: os poderes real, jurídico e familiar. Por ocasião, este sequestro efetiva-se em fundações religiosas, certas prisões do Estado, casas para mendigos, e.o., sem contudo, como já sabido, maiores distinções ou separação dos “demais personagens também enclausurados por desvios que implicavam perturbação do espaço público, tais como os mendigos, vagabundos, menores abandonados, doentes indigentes, entre outros” (SILVA, 2015, p. 72).

Ainda para Castel (*idem*), a interdição era um dos poucos instrumentos jurídicos a partir do qual se realizava, neste momento, a sequestração do louco. Contudo, implicava a tutela de seus bens e também ônus financeiro (além da “desonra” aos familiares). Foucault (2006), em seu livro *O Poder Psiquiátrico*, nos diz não ser incomum que a família destes sujeitos interditados não conseguissem

---

<sup>22</sup> Mais precisamente “ Não há crime nem contravenção se o réu, ao agir, encontra-se em estado de insanidade ou constringido por uma ‘força irresistível’” (HARRIS, 1996, p. 16)

arcar com as despesas de tal ação, passando a ser responsabilidade da coletividade as obrigações financeiras, mas não sem resistência. E Foucault (*idem*) também enuncia um fato curioso: para que um Conselho Geral (da “comunidade”) ou mesmo a prefeitura, aceitasse e sustentasse o internamento (por ocasião ainda não realizada no asilo, como vimos), o médico deveria garantir tartar-se o interditado não apenas de um ‘idiota’, mas um ‘idiota perigoso’, “capaz de cometer incêndios, homicídios, estupros” (...) “em outras palavras, a noção de perigo se torna a noção necessária para converter um fato de assistência num fenômeno de proteção e para permitir que, nesse momento, os que são encarregados da assistência o aceitem” (*idem*, p. 278). Apresenta-se o débil como perigoso, para que fosse possível assistí-lo. É o “custo da anamolia”, nos termos de Foucault. Mas disto trataremos com mais demorar a seguir.

Foucault (2003, 2004c, 2014), junto a Castel (1978), nos diz que também um outro dispositivo foi utilizado enquanto recurso para a manutenção desta ordem social: as *lettres-de-cachet*. Para o primeiro autor (2004c), as *lettres*<sup>23</sup> eram instrumentos para-judiciários: não uma lei, mas uma ordem do rei a alguém que era obrigado a obedecê-la. Assim, uma maneira de “regulamentar a moralidade cotidiana da vida social, uma maneira do grupo ou dos grupos [...] assegurarem seu próprio policiamento e sua própria ordem” (FOUCAULT, 2003, p. 97).

Símbolo do despotismo absolutista francês do século XIV, Varella (2006) nos esclarece que a Bastilha foi uma fortaleza-prisão construída em 1832, usada como prisão política pelo rei e onde precisamente tem início a prática da *lettres-de-cachet* - como dito, cartas em branco assinadas pelo soberano - que permitiam aos nobres usarem suas instalações como cárceres para os seus desafetos. Uma ‘*lettre*’ enviada contra alguém não pressupunha enforcamento, suplício ou pagamento de multa mas, “punição”, o aprisionamento por um tempo não definido previamente. Até nova ordem, geralmente quando o solicitante recorria em contrário, havia possibilidade de “soltura”. Foucault (*idem*) nos indica que a *Lettre*, via de regra, também era acionada pelas pessoas comuns, que utilizavam-se do poder real para resolver suas questões de

---

<sup>23</sup> Foucault (2003, p. 76-8) nos explica que apesar de emanarem de uma ordem do rei, as *lettres* eram o resultado de pedidos que partiam dos indivíduos, da própria comunidade, de pessoas insatisfeitas, donde formulava-se um pedido ao intendente do rei, para que este, por sua vez, prendesse essa pessoa “desviada”, até que ela se corrigisse. As *lettres*, assim, eram instrumentos de controle espontâneo que a comunidade exercia sobre si mesma. Conferir também sobre as *lettres de cachet* em “A vida dos Homens Infames”, encontrado no *Ditos e Escritos IV* (FOUCAULT, 2004c, p.203-222.)

ordem pessoal. É a soberania inserindo-se no nível mais elementar do corpo social.

A intervenção de um poder político sem limites na relação cotidiana torna-se, assim, não somente aceitável e familiar, mas profundamente almejada, não sem se tornar, por isso mesmo, o tema de um medo generalizado. Não há por que se surpreender com essa tendência que, pouco a pouco, abriu as relações de pertinência ou de dependência tradicionalmente ligadas à família, para os controles administrativos e políticos. ( FOUCAULT, 2003, p. 207)

Silva (2015) também nos indica que, na maioria das vezes, tratava-se de um instrumento de punição e, curiosamente, eram solicitadas por indivíduos (famílias que queriam se livrar de alguém, maridos ultrajados, etc.) da comunidade ou autoridades públicas, como chefes de polícia e intendentes. Uma espécie de contra poder que vinha de baixo, um controle que a comunidade poderia exercer sobre si mesma.

Em todas elas, quando ela tinha que ser punitiva, ela resultava em prisão do indivíduo. Vale lembrar que, até então, a privação de liberdade não era pena de direito; as penas previstas eram, além da morte, o esquitejamento, o pagamento de multa, ser banido etc. Assim, a prisão não seria punição, mas um modo de corrigir os indivíduos, suas atitudes, prevenindo o perigo que poderiam oferecer ao corpo social (SILVA, 2015, p. 73)

Assim, do mesmo modo que Foucault (2003, p. 98) afirma que “a prisão tem sua origem nessa prática para-judiciária”, já que possibilitavam a “utilização do poder real pelo controle espontâneo dos grupos”, também Castel (1978) anuncia que este mesmo recurso administrativo está nas origens da maior parte das internações da loucura.

A prisão, portanto, vem se impor à teoria jurídica do crime como prática de transformação dos indivíduos a partir do controle social exercido indiretamente pela comunidade, enquanto que a internação começa a se configurar com função de higiene pública: ambas fortemente amparadas em valores morais herdados da cultura feudal cristã, mas também fortalecidos e incrementados pela nova ordem política- econômica que começava a se estruturar com o fim do Antigo Regime (SILVA, 2015, p. 78)

As *lettres de cachet* pode assim ser entendida enquanto um prenúncio do jogo que se estabelecerá na relação entre a justiça e a medicina que, progressivamente, assume a função de inspecionar as condutas física e moral dos sujeitos, referendadas pelas normas que passam progressivamente a se instituir junto com a sociedade contratual burguesa. Barros-Brisset (2011b) aponta, por ocasião, o início da junção

dos discursos médicos com os discursos jurídicos, já que é também neste momento da história que o processo de medicalização da loucura, sua transformação em doença mental desponta, junto a um certo “saber do cotidiano” e seus registros. Como nos atesta Foucault:

**(...) o dispositivo de petições, de *lettres de cachet* com ordens de prisão, de internamento, da polícia, nascerá uma infinidade de discursos que atravessa o cotidiano em todos os sentidos, e se encarrega, mas de um modo absolutamente diferente da confissão, do mal minúsculo das vidas sem importância** (FOUCAULT, p. 210, 2004c).

Assim, além dos discursos médicos, entender a constituição deste sujeito designado como “perigoso” nos coloca a necessidade de também contextualizar brevemente o cenário de uma série de reformas no sistema judiciário e penal, em diferentes países da Europa, como modo a corresponder à ordem político-econômica que estava se estruturando com a emergência da burguesia.

Foi o italiano Cesare Beccaria (2002), que em seu trabalho datado de 1764, no calor da época revolucionária francesa - *Dei delitti e delle pene* - e traduzido para o francês em 1766, quem propõem as bases de um novo sistema referentes às penas por privação de liberdade: temos aí o despontar do Direito Penal, calcado na “reflexão humana” e na “justa medida”. “Dos delitos e das penas”, junto a outras teorias legalistas da época, passam a defender a prisão, em lugar dos suplícios e das penas capitais, com um discurso humanizador da penalização do infrator<sup>24</sup>.

Tal texto - que influenciará, posteriormente, o já citado Código Penal francês - nos termos de Harris (1993) de tendências utilitaristas, “ampliada na filosofia penal de grande influência desenvolvida por Jeremy Bentham” (*idem*, p.14), é assim definida por defender a capacidade dos seres humanos de avaliar seus próprios interesses, sendo de responsabilidade (“papel”) da justiça criminal “ameaçar” os delituosos com o castigo “inevitável”, aplicado segundo a gravidade do delito, na “justa medida”. A crença era de que, ao combinar crime e castigo, despertar-se-ia nos sujeitos uma tendência egoísta de obedecer à lei.

Os códigos penais proporcionavam, idealmente, tanto a medida justa de sofrimento como a promessa de castigo (...) O sistema penitenciário do início do século XIX baseava-se na crença numa disciplina que exigiria

---

<sup>24</sup> Conferir, para compreensão do “suplício”, o primeiro capítulo de *Vigiar e Punir* (FOUCAULT, 1977)

que os delinquentes presos julgassem melhor seus interesses através de um programa de vigilância, trabalho e silêncio, útil à reflexão moral (*idem*, p. 15)

As recomendações utilitaristas, assim, orientam a constituição de um código penal onde a repressão é associada a determinados crimes específicos, mas onde a distribuição das penas, contudo, deveria seguir uma aritmética equilibrada, uma “medida justa de sofrimento” (*idem, ibidem*). Esta lógica pauta-se, no entanto, em um preceito importante: a de que os sujeitos eram capazes de agir moralmente por certos imperativos categóricos suscetíveis à sua compreensão ou, ainda, na crença de que há uma racionalidade universal e constante na natureza humana: “consequentemente, os indivíduos deveriam ser punidos não apenas por infringirem a lei, mas porque tinham consciência de estarem agindo errado e de que cometiam crimes intencionalmente (*idem, ibidem*).

Silva (2015), como acima mencionado, também nos sinaliza que este código estabelecia cláusulas especiais para os sujeitos que não poderiam ser considerados responsáveis em função a sua ‘irracionalidade’. É aqui que o já citado “artigo 64” se apresenta.

Harris (1973) identifica os anos entre 1780 e 1820 enquanto aqueles onde é fomentada uma quebra progressiva deste consenso em torno da “contratualidade” e da isenção de responsabilidade em atos violentos ou criminosos do louco. Justifica esta modificação a partir de uma mudança na percepção cultural da loucura, coincidentemente o período em que o conceito-diagnóstico de *monomania* - “delirious intelectuais localizados nos quais o paciente demonstrava quase sempre preocupações e comportamentos exagerados e, às vezes, violentos” (Panckoucke, 1826 *apud* HARRIS, 1973) - aparece na literatura psiquiátrica.

É assim que Barros-Brisset (2011a) nos sinaliza que, no início do século XIX, ocorre a parceria do direito com a psiquiatria em função da entrada excepcional da demência no código, e dificuldades iniciais dessa aliança, advindas do olhar agora voltado para alguns casos de crimes “sem motivos”, foram se resolvendo através da produção de novas teses. Foucault (2004d) nos diz que, ao se perguntarem por que o sujeito, antes e depois do crime, parece “normal”, médicos e juristas também perguntam-se como é possível localizar a demência escondida no crime, É a psiquiatria de Esquirol quem responde: é o caso de uma monomania homicida, um déficit moral intrínseco, visível apenas no crime praticado em ato, onde é possível

identificar a faculdade intelectual intacta, mas sem freio moral. Para ela, resta o tratamento moral pineliano.

Referente a estas nomenclaturas e classificações, também Harris (1973, p. 16-8) nos diz que se Pinel associava a insanidade a um estado geral de inteligência reduzida ou perturbada - acrescentando a esta classificação diagnóstica a ideia de “mania sem delírio” para definir uma confusão intelectual circunscrita, sugerindo a possibilidade de uma insanidade intelectual localizada - Esquirol é responsável por ampliar, a partir de 1819, esta classificação com sua noção de monomania. Contudo, é o discípulo de Esquirol, Étienne Georget (1795-1828), quem extrapola as “sutilezas de diagnóstico clínico” e proclama que os assassinos eram loucos embora não evidenciassem sinais de perturbação intelectual (*idem*, p. 18).

Aqui no caso da degenerescência, também Foucault (2003) nos sinaliza um deslocamento moral, operado ao longo do século XVIII, onde a reforma moral progressivamente deixa de ser exclusivamente um mecanismo de defesa de certos grupos para ser incorporada ao poder da autoridade penal. Se temos, antes, a reforma moral enquanto uma maneira de escapar à lei, agora ela passa a ser parte da lei e um tipo singular de controle social, engendrado enquanto instrumento de poder dos mais abastados sobre as classes mais pobres.

É neste contexto que o debate sobre crime e loucura - “a intervenção da psiquiatria no âmbito penal” (FOUCAULT, 2004d, p. 03) - teve sua origem na segunda década do século XIX, mais especificamente e de acordo com este autor, entre os anos de 1800 e 1835: um importante e novo momento crítico, a partir das defesas de vários réus acusados de crimes graves e que se assemelhavam, realizadas agora com auxílio de grupos de médicos franceses e por eles qualificados com os conceitos-diagnósticos acima referidos (“monomania instintiva” e “insanidade intelectual”).

Encontra-se assim inscrito, tanto na instituição psiquiátrica como na judiciária, o tema do homem perigoso. Cada vez mais a prática, e depois a teoria penal, tenderá, no século XIX e mais tarde no século XX, a fazer do indivíduo perigoso o principal alvo da internação punitiva. Cada vez mais, por seu lado, a psiquiatria do século XX tenderá a procurar os estigmas patológicos que podem marcar os indivíduos perigosos: loucura moral, loucura instintiva, degeneração (FOUCAULT, 2004d, p. 14)

Uma dessas discussões, uma das primeiras a ser sistematicamente documentada por intermédio de um dossiê, nos é detalhadamente apresentada por Foucault (1982) em



seu livro *Eu, Pierre Revière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão*. Nele, o autor aponta o delineamento de uma nova discussão já que, em 1836, ano em que o dossiê do caso é elaborado, encontra-se “em pleno debate a utilização de conceitos psiquiátricos na justiça penal” (*idem*, p. XI), mais exatamente o referido conceito que Esquirol coloca em circulação, ainda que com forte resistência - como dito - entre magistrados e juristas da época.

Também neste texto, os crimes descritos por Foucault (2004d, p. 06) nos são apresentados a partir de algumas características comuns: as pessoas que cometiam os crimes não tinham traços anteriores de loucura: “nenhuma perturbação anterior do pensamento ou da conduta, nenhum delírio (...) o crime havia surgido dentro do que se poderia chamar de grau zero da loucura” (*idem*); crimes raros e descritos como muito violentos; crimes que se davam geralmente no âmbito doméstico; mais do que contra a sociedade, eram crimes considerados contra a “natureza”, já que aconteciam geralmente entre pessoas com vínculos familiares ou comunitários (daí o entendimento de que trata-se de ações “monstruosas”) e, por último, esses crimes eram considerados “sem razão, paixão ou motivo”. E por meio dessa patologia do monstruoso nasce, na perspectiva de Foucault, a psiquiatria criminal, que convencerá, finalmente, o direito penal a aderir à concepção patológica do crime e a participação do “perito” médico na sua trama.

O que a psiquiatria do século XIX inventou foi esta entidade absolutamente fictícia de um crime louco, um crime inteiramente louco, uma loucura que nada mais é do que o crime. Aquilo que por mais de um século foi chamado de monomania homicida (*idem*, p. 07-08).

É desta maneira que associa-se o diagnóstico radical de “maníacos homicidas” (*monomie instinctie*) à uma lesão da vontade, onde as ‘faculdades racionais’ e o ‘discernimento moral’ mantem-se intactos. Uma outra questão levantada pelo autor, também neste texto, diz respeito aos motivos que levaram os psiquiatras da época a buscarem, com tanta obstinação, e a despeito da inicial resistência dos magistrados, seu direito de intervenção. Foucault novamente endossa a tese de que não se trata, apenas, da exigência de aplicabilidade de uma nova racionalidade às “desordens da mente”, mas também e sobretudo, do fato de esta nova especialidade passar a funcionar enquanto uma higiene pública. Uma maneira de tratar o “perigo social”, seja porque a loucura passa a ser arraigadamente relacionada condições insalubres de vida, seja porque era

percebida como fonte e origem de perigo. A psiquiatria do século XIX é, sobretudo, uma medicina do corpo social. De modo que “o ‘corpo’ social deixa de ser simples metáfora jurídico-política (Leviatã) para surgir como uma realidade biológica e um campo de intervenção médica” (*idem*, p. 09) e sanitária.

Embora a associação da loucura com o perigo pudesse já ser percebida antes, a periculosidade do monomaniaco diz respeito a um impulso não detectável em função de uma “perversidade”, agora só perceptível no ato do crime, perigo sem anúncio prévio, alcançado apenas por meio do exame psiquiátrico: instrumento que “prevê premonitoriamente os sinais e a predisposição inata do sujeito ao crime louco, mesmo antes de cometê-lo” (*idem*, p. 76). E, para esta nova categoria de doentes perigosos, localizada “na fronteira entre patologia e a imoralidade”, inaugura-se o paradigma da prevenção, do exame, da catalogação de “casos”, seu estudo e dissecação.

Essa nova periculosidade resulta no abandono da referência aos comportamentos reais em favor daquilo que poderá vir a acontecer num futuro sempre incerto, atitude que implica em três questões que perduram até os dias de hoje: (1) a loucura torna-se um estigma; (2) o conjunto de comportamentos dos loucos passam a ser vistos sempre como suspeitosos, o que gera uma desconfiança generalizada diante da loucura; (3) distingue-se a categoria dos “anormais” dos doentes mentais (*idem, ibidem*).

É, pois, a noção de *degeneração*, proposta por Morel, e que sucede as noções de “déficit moral” e de “monomania homicida” – esta como vimos resonsável por entrelaçar inicialmente a psiquiatria à justiça – que coloca, nos termos de Silva (2015), a necessidade de uma profilaxia defensiva destinada aos que não respondem ao tratamento penal. A partir dela são propostos, ao Estado e ao direito penal, um plano de higiene física e moral a partir de uma assepsia defensiva com a identificação dos degenerados e sua classificação quanto ao grau de periculosidade à sociedade. Numa lógica “preventivista”, é pois sugerida a possibilidade de sequestro. Nos termos de Foucault (2004d, p. 16), mais uma peça para “o *continuum* psiquiátrico criminológico, que permite interrogar em termos médicos qualquer grau da escala penal”.

O direito pergunta: Como prevenir a sociedade de indivíduos que não respondem ao tratamento penal? Morel (1857) propõe classificar os degenerados através de seus graus de perigos e localizá-los mesmo antes de qualquer delito. Afirma que aqueles que portam um estado

doentio, como o da alienação mental, são perigosos para a segurança pública e, portanto, mesmo sem ser culpados, devem ser sequestrados da sociedade (BARROS-BRISSET, 2011 a, p. 10).

Esse movimento encerra-se com o período entre os anos de 1876 a 1910 que, de acordo com Barros-Brisset (2011b), é marcada pela tendência a buscar no criminoso a expressão de uma patologia intrínseca, expressa fundamentalmente pelas formulações do médico italiano Cesari Lambroso (1876), que consolida a indiferenciação entre demência e delinquência e dos então chamados “impulsos-antissociais”. Defende-se, por ocasião, “um programa de defesa social para neutralizar estes elementos deletérios para a sociedade. O funcionamento saudável e adaptativo do ‘organismo social’, mais do que direitos e responsabilidades do indivíduo, se tornaria a pedra angular da posição criminológica” (HARRIS, 1993, p. 25).

Silva (2015) também nos esclarece que é apenas um século depois da consolidação da medicina mental que a associação do crime à loucura generaliza-se como saber jurídico, entranhando-se às práticas do direito penal, mais especificamente ao final do século XIX, com o surgimento da Escola Positiva do Direito Penal ou Direito Penal Moderno, sob influência lambrosiana, onde a “loucura torna-se a própria delinquência” (*idem*, p. 81). Nas palavras de Foucault, “foram necessários quase cem anos para que esta noção de indivíduo perigoso, que estava virtualmente presente na monomania dos primeiros alienistas, fosse aceita no pensamento jurídico” (FOUCAULT, 2004d, p. 25).

De Pinel a Lombroso, passaram-se cem anos, e a exceção dos dementes foi se tornando a regra de todos os delinquentes, e o que não mudará nesse discurso, seja nos monomaniacos, seja nos degenerados ou no homem delinquente, é a ideia pineliana de um déficit moral intrínseco na loucura, o que faz dos loucos indivíduos intrinsecamente perigosos (BARROS-BRISSET, 2011b, p. 15).

Uma assertiva é historicamente instituída: aos que se desviam da norma social, a pena, e aos que se desviam da normalidade psíquica, o hospício. Ciências jurídicas e psiquiátricas, ambas contribuindo de maneira relevante para aquilo que foi por Foucault (1977, 1979) denominado “normatização” e sociedade normatizadora.

Instrumentalizam-se, assim, as instituições com função de controle social, tendo por fundamento um saber precedente sobre a natureza anormal do homem criminoso e louco e tendo em vista a necessidade de constituição de um saber sobre o que seria um

indivíduo perigoso. Como consequência, como indica Barros-Brisset (2011b, p. 12), a “naturalidade com a qual a ideia de periculosidade está aclimatada no tecido social”, a naturalidade como a novidade conceitual foi recepcionada nas instituições médicas, jurídicas e sociais, de forma geral.

Cada vez mais as soluções dos gestores têm se mostrado através de discursos que apresentam como ideal a normalização e o controle da vida, e cada vez menos têm se investido na busca de soluções culturais, simbólicas e humanas, que, orientadas pelo real da experiência, estejam à altura de sua época, ofertando novos sentidos e vias inéditas para que cada um possa encontrar um jeito de conectar sua humanidade ao corpo social (*idem*, p. 14).

Dentre todos os dispositivos existentes entre a fronteira da instituição jurídica e a instituição medico-psiquiátrica, a Internação Compulsória foi por nós eleita enquanto aquela que necessita de problematização. Nos propomos a apresentar e a discutir seus termos nos subitens seguintes. Antes, contudo, apresentaremos alguns apontamentos teóricos a respeito dos processos de judiacialização na contemporaneidade.

## CAPITULO 4

### JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE. UMA DOBRA DA JUDICIALIZAÇÃO DA VIDA

*Não é que a vida tenha sido exaustivamente integrada em técnicas que a dominem e gerem; ela lhes escapa continuamente (Michel Foucault)*

No início desta pesquisa, mais especificamente no momento da elaboração do projeto de qualificação, a proposta elencada como “problema” a ser tematizado e discutido no item sobre a “judicialização”, era a que se segue: “elegemos, contudo, a discussão em torno do conceito da Judicialização da Saúde para problematizar a questão de como a “saúde” assume, na contemporaneidade, um aspecto peculiar: como deixa de ser exclusivamente um dispositivo de controle individual e social, operacionalizado pela lógica de Governo, a partir da constituição de aparatos e mecânicas de saber x poder passando a ser (também) um direito fundamental e social inalienável e uma obrigatoriedade do Estado, inclusive, a partir da lógica dos Direitos Humanos”.

Contudo, e principalmente diante da dificuldade de discorrer sobre uma e outra hipótese em separado, pensamos que esta dificuldade poderia advir do fato de que os aspectos da “obrigatoriedade do Estado” e as características históricas de “controle individual e também social”, no campo da saúde, não seriam necessariamente conflitantes, ou não configurariam uma contradição.

Muitos caminhos poderiam ser percorridos para sustentar esta ideia. Achamos pertinente a leitura realizada a partir de um livro de Michel Foucault (2003), *A Verdades e as Formas Jurídicas*, que já era a proposta inicial, mas agora utilizada enquanto disparadora de discussão em outro eixo: a correlação feita entre “poder, direito e verdade”, e o percurso construído do “direito à governamentalidade”. A costura entre estes conceitos e a maneira como a questão do poder é operacionalizada no âmbito das práticas sociais se daria com o auxílio, entre outros, dos trabalhos teóricos de Adorno (2006, 2015), Asensi (2010; 2013), Botelho (2011). Ainda, é a partir desta correlação

que ao longo deste texto esclarecemos o conceito de “logica de governo”, acima citado e com a qual trabalharemos.

É, pois, neste livro publicado no ano de 1978, resultado de um ciclo de palestras proferidas por Foucault na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ) no ano de 1973, que um resgate das formas jurídicas que emergem ao longo da história é mais atentamente cuidado. Adorno (2006, p. 203) nos esclarece que, posteriormente, no ano de 1984, este seu texto é incluído enquanto um capítulo do *Ditos e Escritos II*.

Neste trabalho, o autor desenvolve a tese de que as práticas de controle sobre a vida são engendradas, dentre outros, pelas forças jurídicas, desde fins de século XII e início do século XVIII. Época em que teriam surgidos os tribunais, a partir do desenvolvimento de um sistema judiciário racional, responsável por estabelecer a verdade por meio dos inquéritos, tal qual organizado até a contemporaneidade.

Por ocasião de sua institucionalização, ainda segundo o autor, os inquéritos judiciários são conduzidos pelos procuradores do rei, que atuavam não só sobre as práticas comerciais, mas também sobre as práticas sociais e econômicas.

Foucault (2003) nos indica que esse modelo de prática judiciária, pelo inquérito, apoiava-se sobre todo um sistema de poder, que definiria o que seria construído como saber: englobava o como, de quem e por quem seria extraído o saber, e de que maneira esse saber se acumularia e se transmitiria, dando lugar a um julgamento ou a uma decisão. Sugere-se, a partir desta leitura, que é pela sistematização das práticas judiciárias construídas historicamente na Idade Média, na Época Clássica e na Época Moderna (periodização já aludida) que é possível identificar as tentativas de administrar e gerenciar a vida dos sujeitos.

(...) O inquérito é precisamente uma forma política, uma forma de gestão [da vida], de exercício do poder que, por meio da instituição judiciária, veio a ser uma maneira, na cultural ocidental, de autenticar a verdade, de adquirir coisas que vão ser consideradas como verdadeiras e de as transmitir. O inquérito é uma forma de saber-poder (...) (*idem*, p. 78)

A respeito deste trabalho, Asensi (2010) nos diz que neste momento o autor francês passa a realizar “uma reconstituição de como o direito foi se transformando da ideia de “justiça privada” para a “justiça pública” (*idem*, p. 168), tomando como referencial e analisador o Direito Germânico medieval. E parece ser essa outra linha condutora da tese de Foucault: uma guerra de procedimentos (“o direito é, pois, uma

maneira regulamentada de fazer a guerra” [FOUCAULT, 2003, p.57]), de argumentos e de perspectivas sobre a titularidade do direito, inicialmente delegada ao soberano ou a algum seu “titular”, alguém a quem a autoridade e legitimidade soberana é repassada e a partir da qual regimes de verdades sobre os sujeitos e suas organizações sociais são constuídos.

As práticas jurídicas – a maneira pela qual, entre os homens, se arbitram os danos e as responsabilidades, o modo pelo qual, na história do Ocidente, se concebeu e se definiu a maneira como os homens podiam ser julgados em função dos erros que haviam cometido, a maneira como se impôs a determinados indivíduos a reparação de algumas de suas ações e a punição de outras, todas essas regras ou, se quiserem, todas essas práticas regulares, é claro, mas também modificadas sem cessar através da história – me parecem uma das formas pelas quais nossa sociedade definiu tipos de subjetividade, formas de saber e, por conseguinte, relação entre o homem e a verdade, que merecem ser estudadas. (FOUCAULT, 2003, p. 11)

É assim o estabelecimento de um “terceiro”, visando resolver uma contenda entre as partes, a partir do qual ocorre uma modificação na concepção de justiça. É ainda Ansesi (2010) quem nos diz que o soberano, também entendido – ou confundido com – como o Estado, não se apresenta apenas como uma parte lesada, mas é ele também quem exige, e aplica, uma reparação ao dano. Há aí uma apropriação dos procedimentos e mecanismos de resolução de conflitos, constituindo-se o direito, na tese de Foucault (2003), por meio de relações de poder que buscam, por intermédio do embate de verdades, uma solução designada por um “outro”.

De uma justiça privada a qual não se pressupunha um poder exterior e que se impõe sobre o lícito, temos uma justiça pública que é realizada pelo terceiro alheio ao litígio e que detém a legitimidade para tal (...). A publicização do direito desenvolve-se na medida em que ocorre a concentração da produção do direito nas “mãos” do soberano. (ASENSI, 2010, p.170)

Para Asensi (2013), Foucault desenvolve a tese de como é subtraída dos sujeitos a possibilidade de resolverem por si seus litígios, uma vez que cabe ao poder (por ocasião) instituído impor uma decisão final. Pressupõe-se que não há como determinar um “vencedor” a partir das duas partes, pois o que é tomado é o embate entre duas “verdades” e onde um alheio à controvérsia é requerido para mediar e qual “verdade” prevalecerá.

O soberano, o poder político vêm dublar e, pouco a pouco, substituir a vítima. Esse fenômeno, absolutamente novo, vai permitir ao poder político apossar-se dos procedimentos judiciários. O procurador, portanto, se apresenta como um representante do soberano lesado pelo dano (...). Assim, na noção de crime, a velha noção de dano será substituída pela de infração. A infração não é um dano cometido por um indivíduo contra o outro; é uma ofensa ou lesão de um indivíduo à ordem, ao Estado, à lei, à sociedade, à soberania, ao soberano (FOUCAULT, 2003, p. 66)

Uma lesão simbólica ao soberano, portanto, passível de sanção institucionalizada em função de uma transgressão social, estabelecida como relevante. A ida (percurso) de uma justiça tida pelo autor como privada, à pública - novamente, um terceiro responsável por intermediar um suposto crime ou lesão também ao “soberano”, ao “Estado” e a apropriação, pelo soberano, dos procedimentos e mecanismos de resoluções de conflitos - ocorre, para Asensi (2013) na medida em que acontece uma “concentração da produção do direito” (*idem*, p. 89).

As noções acima colocadas narram um momento específico da produção de conhecimento do autor acerca da tríade já citada (poder, verdade e direito) e também abrem espaço, ou precedente, para a apresentação de um conceito não pensado, e não proposto por nós anteriormente, o de governamentalidade. Em paralelo avaliamos ainda ser necessário reforçar a discussão em torno da compreensão de Foucault acerca do termo “direito”, uma vez que esta sua concepção nos auxiliará na compreensão da “lógica de governo” e a legitimidade de seus aparatos institucionais (como a exemplo do Poder Judiciário e seu “fazer-se cumprir”).

Asensi (2013) também nos diz que Foucault teria realizado uma crítica da ideia de um direito natural (jusnaturalista) para inaugurar a ideia de um direito construído socialmente por meio de relações de poder, onde não existiria um Direito, mas direitos.

Para Ewald (1993), o direito em Foucault é antes um princípio de racionalidade (não uma teoria geral do direito sob a égide do poder disciplinar) que precisaria ter sua história reconstituída não como um conjunto de regras universais e abstratas, que cinscunscvem o poder e o Estado.

Também para Adorno (2015), são conhecidas as objeções que Foucault teria feito ao tratamento que a teoria política moderna atribui relações entre direito e poder.

Foucault recusa-se a aceitar a hegemonia que o modelo jurídico político, herdeiro das tradições “jusnaturalistas” e contratualistas, centrado na ideia de soberania e no primado da lei, conquistou no



interior do pensamento político, quer clássico, quer contemporâneo  
(*idem*, p. 18)

Neste tocante, Koerner (2006) também nos esclarece que o direito moderno, tal qual narrado por Foucault e acima abordado, caracteriza-se pelo “positivismo jurídico como conjunto fechado de regras postas pelo poder soberano, de caráter simbólico e formal, que compreendem enunciados gerais e abstratos de caráter mandatório” (FOUCAULT, 2003, p. 224). Efetiva-se reativamente às condutas dos sujeitos e seria colocada em ação por intermédio de organizações e procedimentos políticos em relação a objetivos governamentais específicos. Conceitos (de “direitos”) que vão, assim e progressivamente, ganhando novos contornos mediante avanços de suas pesquisas.

Adorno (*idem*) também afirma que, para Foucault, o direito não existe. Existem práticas jurídicas referidas a um princípio de racionalidade: o do juízo, no lugar da coerção, um juízo atravessado pela história e revestido de legalidade. E, para ser possível efetuar uma crítica a ele, é preciso liberá-lo deste revestimento.

Para Gross (1996, p. 78), Foucault teria “recusado a teoria do contrato”. Nos termos de Adorno (2015, p.19), uma “ficção jurídica do contrato”, fixada na figura do príncipe pacificador, a qual teria oposto uma mecânica de poder que opera sob a forma de infradireitos<sup>25</sup>.

É na conformação das sociedades ditas disciplinares que Foucault<sup>26</sup> aponta a efetivação da gestão sobre os corpos e sobre a população, sociedades onde “se cruzam, conforme uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação” (FOUCAULT, 1977) e onde se dará a reforma e a reorganização do sistema judiciário e penal.

Assim, nas sociedades modernas, as formas jurídicas teriam se associado a estratégias de gestão de indivíduos e das populações, estratégia designada como

---

<sup>25</sup> Cf. *Vigiar e Punir* (FOUCAULT, 1977)

<sup>26</sup> A *Sociedade Disciplinar* é pensada pelo autor dentro de um conceito mais amplo, o de *Biopolítica*, conceito inicialmente utilizado numa conferência proferida no Brasil em 1974 e intitulada *O Nascimento da Medicina Social* e posteriormente reunida numa coletânea de textos, publicada com o título *Microfísica do Poder* (FOUCAULT, 1979). Dois anos mais tarde, em 1976, o autor reencontra o conceito num contexto mais amplo e aprofundado ‘*Biopoder*’, já acima apresentado, tanto em um de seus textos mais conhecidos e que se tornaria uma referência: *Direito de Morte e Poder sobre a Vida* – que faz parte do primeiro volume de uma série de três livros intitulados *A História da Sexualidade* (FOUCAULT, 1977) – quanto na sua aula inaugural proferida no *Collège de France* e posteriormente intitulada e publicada com o título *Em Defesa da Sociedade* (FOUCAULT, 2010a).

Biopoder, acima tematizada. É, pois, em seu conhecido livro *Vigiar e Punir* (FOUCAULT, 1977) que o autor indica que o século XIX elege a delinquência – agora acrescida de uma nova perspectiva e como no capítulo anterior referida – como uma das engrenagens do poder, tendo as prisões enquanto observatório político, o que corresponderia a emergência desta nova mecânica de poder, não mais circunscrita exclusivamente à lei e à repressão – como fora outrora na Soberania – mas que, estrategicamente, investe no corpo, não para supliciá-lo, mas para adestrá-lo, para dele extrair suas potencialidades, torna-lo politicamente produtivo e economicamente dócil. Trata-se de uma estratégia não mais repressiva, mas produtiva: produz individualidades, objetificação, subjetivação.

Novamente para Adorno (2006), Foucault (1979) estabelece uma relação entre poder e violência e, ao fazê-lo,

(...) oferece uma leitura diferente desse processo ao colocar em evidência um acontecimento moderno por excelência: a emergência da disciplina cuja configuração histórica mais acabada é a prisão. Ao fazê-lo, fixou, como contrapontos, dois modelos de poder: o jurídico-político, centrado na figura do soberano, e o disciplinar, em torno das formas normativas de objetivação da sujeição política (*idem*, p. 201-2)

Adentramos, a partir daqui e novamente, na temática do Biopoder (Disciplina e Biopolítica) enquanto viés de análise. Dispomo-nos, como anteriormente mencionado e contudo, a discorrer sobre ele a partir de um outro viés conceitual, o de governamentalidade e, a partir dele, propor uma conciliação entre o que anteriormente havíamos dito não entrar em contradição, a saber, o controle dos indivíduos e da sociedade por intermédio do dispositivo saúde e o “dever” do Estado em garanti-la, contemporaneamente também por intermédio da Judicialização. E o fazemos a partir de um trecho extraído do livro *Em Defesa da Sociedade*:

E creio que nos encontramos aqui numa espécie de ponto de estrangulamento: não é recorrendo à soberania contra a disciplina que os efeitos do poder disciplinar poderão ser limitados, porque soberania e disciplina, legislação, direito da soberania e mecanismos disciplinares são partes intrinsecamente constitutivas dos mecanismos gerais de poder de nossa sociedade. Não é em direção do antigo direito de soberania que se deve ir; seria antes na direção de um direito novo, que seria antidisciplinar, mas que estaria ao mesmo tempo liberto do princípio da soberania (FOUCAULT, 2010a, p. 47).

Para Gautier (1996, p, 20), ao cabo deste percurso, a questão do governo e da política teria sido introduzida como uma espécie de consequência da “notável lógica interna” apresentada por Foucault em suas análises.

Precisemos resumidamente que, através do estudo da loucura e da psiquiatria, do crime e do castigo, tentei mostrar como nos constituímos indiretamente pela exclusão de alguns outros: criminosos, loucos, etc. Meu atual trabalho trata, doravante, da questão: como constituímos diretamente nossa identidade por meio de certas técnicas éticas de si, que se desenvolveram desde a Antiguidade até nossos dias? (...) Gostaria de estudar agora um outro campo de questões: a maneira pela qual, por intermédio de alguma tecnologia política dos indivíduos, fomos levados a nos reconhecermos como sociedade, como elemento de uma entidade social, como parte de uma nação ou de um Estado (FOUCAULT, 1994, p. 814).

Santos (2010) nos diz haver uma continuidade entre os estudos sobre as técnicas de normatização e as técnicas políticas de governo. Uma não ruptura e uma proximidade que se dariam, primeiro, por intermédio da base metodológica por Foucault utilizada - o método histórico de base genealógica – e, segundo, a partir de um fundamento sobre o qual algumas práticas se constituem como técnicas: a questão do poder. Uma dupla continuidade sobre a qual, para Gautier (1996), Foucault define o conceito de governamentalidade, como a seguir veremos.

#### 4.1. A ARTE DE GOVERNAR

De acordo com Asensi (2013), são duas as perspectivas que sintetizam a lógica da soberania: primeiro, o contratualismo de base sobretudo inglesa (Hobbes, Locke, e.o.); segundo, o absolutismo presente na experiência italiana (Maquiavel, e.o.). Em ambos os casos, para o mesmo autor, é possível encontrar uma temática, ou um eixo orientador central que as perpassam, a saber, a discussão sobre como o soberano deve chegar ao poder e nele se manter. Perspectivas contudo firmadas a partir de alguns aspectos e prerrogativas, tais como “a relação simétrica entre governo e estado; a soberania como critério de legitimidade dos direitos; a proeminência do político em detrimento do econômico, social, cultural, etc.” (*idem*, p. 95).

A partir de uma nova tradição, aquela que diz respeito aos estudos sobre a governamentalidade, os aspectos acima citados são sistematicamente problematizados, o que acaba por colocar em análise o lugar ocupado pela soberania na “efetivação dos direitos contemporâneos” (ASENSI, 2013, p. 96).

Podemos, a título introdutório, dizer que os estudos sobre a governamentalidade, aprofundados sobretudo nos países europeus a partir da década de 1990 do século passado, dispararam uma nova perspectiva de análise das questões políticas pertinentes à administração pública. Sinalizamos, contudo, que o disparador de nossa discussão será a identificação e a sinalização, por Foucault, de tecnologias de poder postas em funcionamento a partir da emergência do Estado nacional europeu nos séculos XVI e XVII.

Teria sido neste período de sua produção que, de acordo com Maia (2011), num momento de transição em direção às suas pesquisas acerca da história da sexualidade na cultura greco-romana, que o autor francês teria identificado uma série de tecnologias de poder que se organizaram em torno do que ele denominou governamentalidade.

Também Candiotta (2013) nos atesta que é neste período, em seu anteriormente citado livro *História da Sexualidade I* (1988), e no curso *Em Defesa da Sociedade* (2010), que Foucault indica não pretender realizar uma nova teoria do poder ao estilo da teoria clássica jurídico-discursiva anunciando, contudo, a proposta – nova – de uma “analítica do poder” (Foucault, 1988, p. 109), centrada no exercício de um poder “ortopédico” e um outro, “previdenciário ou regulador”, que objetiva um “equilíbrio global, algo como uma homeóstase: a segurança do conjunto em relação aos seus perigos internos.” (FOUCAULT, 2010a, p.297)

Façamos, antes de darmos continuidade à discussão e junto a Candiotta (2010, p. 1-11) e a Pogrebinschi (2004), uma breve sistematização de algumas características desta “analítica”.

Um aspecto importante nela encontrada é a ideia de que o poder não consistiria uma “coisa” ou “posse”, não resultando da realização de uma potência da qual uns seriam dotados e outros não, portanto. Para Candiotta (*idem*), o poder também não se identificaria com uma “instituição” ou uma estrutura dada, sendo sedimentação derivada da confluência de microforças e estratégias plurais, que atuariam no tecido social. Ainda, trata-se de uma analítica nominalista, a medida que o poder seria “o nome que atribuímos a uma situação estratégica complexa numa sociedade dada” (Foucault, 1988, p. 123).

Não sendo uma “coisa”, um “objeto”, ou algo “localizável” ou “apropriado por alguém”, constitui-se enquanto “operacionalidade”, funcionaria em redes, transitando entre os indivíduos (todos) enquanto seus intermediários, sem que estes sejam seu lugar de origem ou seu alvo privilegiado (Foucault, 2010a, p. 26). Deixa, assim, de ser

deduzido de formas terminais, para ser situado como efeito da correlação entre forças germinais. Uma heterogeneidade de forças, que produzem o próprio Estado. Estas mesmas forças, destaque nosso, não necessariamente se anulam ou “zeram” as disputas e embates. Desta maneira, “o Estado é considerado somente uma das formas terminais da sedimentação entre as forças microfísicas e não o ponto de partida das relações de poder” (CANDIOTTO, 2010, p.03).

Como acima destacado, a tradição teórica jurídico-filosófica pressupõe um poder que parte da unidade do Estado, reduzido à sua negatividade, uma vez que impositor de limites e interditos. Em Foucault, esta mesma tradição teria tornado o próprio poder virtual e paradoxalmente impotente. Assim, na sua “analítica”, pretende sublinhar o poder como potência relacional, que induzir, produz, suscita objetos e verdades.

A unidade normalmente atribuída ao poder, seja a partir do sujeito que o detém, seja pelas estruturas que ele constitui, tal como o Estado, a Política, a Paz, a Guerra, a Segurança, a Soberania, são somente nomes dados à confluência de uma multiplicidade de forças que assim o representa. (*ibidem*, p. 04)

Também para Candiottto (*idem*) e por fim, ao introduzir o tema da governamentalidade na sua analítica do poder, Foucault teria ensejado uma topologia diferente do poder político.

Também para Pogrebinschi (2004), a operacionalização do poder no âmbito das práticas sociais teria permitido a produção de questões relevantes para pensar a relação entre direito e verdade. Inicialmente, esta autora reitera a compreensão de que o conceito de poder em Foucault é formulado a partir de um olhar que vai além do Estado objetivando, ainda, “buscar o micro e não o macro, os elementos moleculares de sua realização cotidiana” (*idem*, p. 39). Sinaliza, portanto, a existência de uma triangulação - como já mencionada - que situa o conceito de poder entre o direito e a verdade:

O poder institucionaliza a verdade. Ou, ao menos, ele institucionaliza a busca da verdade ao institucionalizar seus mecanismos de confissão e inquirição. A verdade se profissionaliza, pois, afinal, no seio daquela relação triangular, a verdade é a norma: nesse sentido, e antes de mais nada, são os discursos verdadeiros que julgam, condenam, classificam, obrigam, coagem...trazendo sempre consigo efeitos específicos de poder (*idem, ibidem*)

A autora também salienta que ainda se constituem no âmbito dos estudos foucaultianos duas concepções acerca do poder: primeiro, a de poder enquanto

repressão, associado, via de regra, ao poder disciplinar e, depois e além da repressão, a ideia de um poder inominado, presente nos trabalhos acerca da hermenêutica do sujeito e situado na gênese do conhecimento:

O poder produz: ele constrói, destrói e reconstrói; ele transforma, acrescenta, diminui, modifica a cada momento e em cada lugar a si mesmo e a cada coisa com a qual se relaciona em uma rede múltipla, móvel, dinâmica, infinita...o poder é produção em ato, é a imanência da produtividade. Acima de tudo, o poder está em estrita relação com o saber. Poder e saber se produzem e autorreproduzem, estabelecem uma relação de mútua dependência e independência, produzindo, dessa fusão interprodutiva, um novo conceito: o poder saber (*idem*, p. 79)

Asensi (2010, 2013) nos diz que a partir desta conceituação é possível trabalhar numa perspectiva “não-ideologizante dos regimes e práticas de governo, visando pensar como tais práticas se desenvolvem e as formas, tecnologias, saberes, poderes, estratégias, etc. que são correspondentes ao seu desenvolvimento no mundo da práxis” (ASENSI, 2010, p. 170). A partir desta perspectiva, Foucault teria situado “os regimes de práticas como centro de análise e busca desvendar a lógica de tais práticas cotidianas do governo” (ASENSI, 2013, p.81). Dentre outras, são estes “regimes de práticas” que neste trabalho chamamos de “estratégias de gestão”.

Uma pluralidade de regimes de práticas, uma pluralidade de saberes, uma multiplicidade de tecnologias e estratégias de ação – o espaço do governo se caracteriza por uma heterogeneidade de personagens e estruturas que consolidam a sua necessidade de gerir os homens e as coisas em relação, bem como a sua própria política, **inclusive políticas de efetivação de direitos** (grifo nosso) (ASENSI, 2010, p. 83).

Uma análise governamental que, desta forma, parte de contextos de ação onde o exercício de governo insere-se. E uma análise que, para este autor, pode ser feita a partir de três perspectivas: do realismo (uma vez que pensa seus saberes e práticas a partir de seus próprios termos); da linguagem (pois a utiliza também de maneira “performática”, *construção de narrativa e de discurso* – grifo nosso) e do conhecimento (uma vez que não apenas ideia, mas pessoas, teorias, experimentos, projetos, técnicas, compõe o ato de governar).

Na perspectiva de Foucault (1979, p. 277-293), a governamentalidade é definida enquanto uma “arte de governar”. Adorno (2015, p. 20) nos indica que, ao contrário do que é sustentado por uma “certa tradição do pensamento ocidental, a emergência do mundo moderno não é por excelência o reino da paz sobre a guerra”, não sendo a

política, ainda e como sustentou Clausewitz (1984) “a guerra pacificada sobre outros meios”, mas uma ordem (civil) fundamentada numa ordem da batalha. Ao definir a política enquanto a continuação da guerra por outros meios<sup>27</sup>, Foucault (*idem*) define esta “arte”, enquanto regimes de práticas por meio dos quais os governos tentam conceber a adequação de seus cidadãos às suas políticas e formas de governos.

Assim, “a governamentalidade, nestes termos, seria o próprio atributo de governar e se refere à articulação de saberes e poderes no interior de um contexto específico: o governo e suas possibilidades de ação” (ASENSI, 2013, p.82). Arte que possibilita traduzir a complexidade social nos termos da governamentalidade. Nos termos de Rose (2005, p. 27) “o governo continuamente busca dar a si mesmo uma forma de verdade – estabelecer um tipo de base ética para suas ações (...). Governar é estar condenado a buscar uma autoridade para uma autoridade de alguém”.

Novamente Asensi (2010) reafirma o espaço do governo enquanto uma heterogeneidade de estruturas e personagens que coloca a necessidade de gerir homens e coisas, “condutas das condutas”, assim, “um governo que atua não somente como “administrador” da coisa pública, mas também como agente de controle de condutas de formas de autoridades que exercem algum tipo de poder decisório” (*idem*, p. 174), tratando-se menos de um estudo da “*estatização da sociedade*” e mais de uma “*governamentalização do Estado*” (ASENSI, 2013, p. 74), por intermédio de “*programas de governo*” (ASENSI, 2010, p. 175). Uma “*lógica de governo*”, portanto, como no início deste capítulo mencionamos.

Numa perspectiva de programas, o “social” passa a ser objeto dos próprios conflitos e desafios inerentes à sua formulação, o que implica deslocar a ideia de direitos absolutos – típica de um contexto soberano – para a de direitos passíveis de redefinição a partir de programas de governo estabelecidos de forma circunstancial (*idem*, p. 176)

Para além disso e na lógica deste conceito, tratar-se-ia de uma série de regimes de práticas de governos que, a partir da análise foucaultina, introduz a perspectiva da economia política intermediando a relação entre Estado e sociedade e entre Estado e governo. Sendo um fenômeno típico das sociedades ocidentais modernas e dos regimes liberais, historicamente situado e orientado por três movimentos: os já citados abalo à

---

<sup>27</sup> “Guerra das raças”, e em nome da defesa da sociedade, não discutida e aprofundada aqui e que, a partir da discussão da biopolítica e encorajado pelo saberes médico e biológico, transmuta-se, em fins do século XVIII, em “racismo”.

constante da soberania e sua “localização” do problema do governo; a população como um dado, um campo de intervenção e objeto da técnica de governo; e “o movimento que isola a economia como setor específico da realidade e a economia política como ciência e como técnica de intervenção do governo neste campo de realidade” (FOUCAULT, 1979, p.291). Este último, configurações distintas de processos de produção que produzem materialidade histórica e classes sociais. Produzem, sobretudo, corpos e subjetividades neles inseridos.

Assim, governo, população e economia política, constituídos a partir do século XVIII, teriam engendrado um conjunto até então não problematizado: Estado, cidadania e direitos, gestados na sua pluralidade. Aí o ineditismo (neste tocante) dos trabalhos foucaultianos.

Também junto a Santos (2010) pode-se dizer que, a partir do curso *Segurança, Território, População* (FOUCAULT, 1977-1978) os estudos de Foucault passam por uma mudança importante: no plano “geral”, as questões relativas à temática do governo; num plano mais específico, as práticas do governo político.

Para Santos (*idem*), neste trabalho “governo” deve ser entendido tal como foi entendido por Foucault no século XVII, não referindo apenas estruturas políticas e gestão dos Estados, mas como uma forma de dirigir a conduta dos indivíduos ou dos grupos (crianças, comunidade, doentes, famílias, desviantes). E que não agiria apenas sob “formas instituídas e legítimas de sujeição política ou econômica” [*mas como um conjunto*] “de modos de ação mais ou menos refletidos e calculados, porém todos destinados a agir sobre as possibilidades de ação dos indivíduos. Governar, neste sentido, é estruturar o eventual campo de ação dos outros” (FOUCAULT, 1995, p. 244).

Por sua vez, o “governo político” diria respeito ao governo no sentido da ação política, por meio dos métodos, técnicas e mecanismos que este dispõe para gerenciar um Estado ou uma região.

Neste aspecto, a ação político-governamental liga-se à aplicação prática de procedimentos administrativos efetuados pela racionalidade política tendo em vista a otimização do espaço público, um melhor ordenamento das relações de convivência e um maior controle sobre as pessoas e coisas que circulam dentro do território que está sob a alçada de um poder estatal (SANTOS, 2010, p. 13).

Uma mudança substancial no uso dos conceitos portanto e que, para Foucault (1995, p. 247), acontece em função do deslocamento do uso do conceito de governo,



uma vez que as “relações de poder foram progressivamente governamentalizadas, ou seja, elaboradas, racionalizadas e centralizadas na forma ou sob a caução das instituições do Estado” (FOUCAULT, 1995, p. 247).

Fonseca (2002) nos fornece uma breve panorâmica. Nos diz que o direito, em Foucault, define-se pelos seus usos e podemos identificar alguns: primeiro, o direito como lei, encontrado na organização jurídico-política da Soberania. Segundo, o corresponderia à *démarche* do poder disciplinar (o autor o referenda na terceira parte de *Vigiar e Punir* e o primeiro volume de *A História da Sexualidade*). Terceiro e por fim, um novo direito que diz respeito à crise contemporânea das disciplinas, análise encontrada no *Ditos e Escritos III* (FOUCAULT, 2001) e à emergência de novos ilegalismos, encontrados no *Em Defesa da Sociedade* (2010a) e em *O Nascimento da Biopolítica* (2004a)

Como operar, como construir o cotidiano de práticas, diante de uma “lógica de governo”, imbuída de gestar - no sentido do ordenamento - corpos, grupidades e populações? Novamente, como construir brechas, fissuras e rachaduras no cotidiano das práticas de gestão capazes de tensionar e desterritorializar, ainda que provisoriamente e parcialmente, esta “arte de governar”? Isso seria, de fato, possível? Com introduzir os temas da judicialização da saúde e das internações compulsórias a partir desta discussão e desta temática? Como tentar operar, e construir, uma política pública que se faz, ao mesmo tempo e materialmente, enquanto estratégia de governança-“controle” e enquanto um direito (fundamental) historicamente conquistado?

Tomando por referencia a discussão acima apresentada, concordamos com Costa, Galindo e Lemos (2014, 427-436) - e assim introduzimos nosso próximo subitem - quando indicam que, a partir de sua analítica do poder, Foucault empreende um “deslizamento entre leis e normas” (*idem*, p. 434). Deslizamento que vai de um processo ampliado de judicialização à jurisdicionalização:

A difusão de uma preocupação com a ordem social se tornou um procedimento presente na jurisdicionalização em dossiês, em processos, em laudos e perícias, na maioria dos países, a partir da emergência do Estado Moderno. Numa análise que coloca em xeque a crescente jurisdicionalização e judicialização da vida, simultaneamente generalizadas em sua extensão e minuciosas em seus procedimentos (*idem*, p.430)

Conceitualmente, como acima discutido, a soberania jurídica em Foucault (2004b) está baseada na noção de lei como governo dos corpos, calcada em uma visão

de poder consubstanciada no Estado Democrático de Direito. É por intermédio da soberania que se estabelece o proibido e o permitido, nos âmbitos mais gerais da vida (individual e coletiva), assim como o lícito e o ilícito.

Aqui se tem a judicialização da vida com a prerrogativa de uma formalidade no campo do sujeito de direitos, penalizado pelo descumprimento de seus deveres em uma sociedade enquadrada pelo pacto de um contrato, em termos de defesa social contra inimigos inventados e reinventados na classificação dos que se insurgem e resistem aos mecanismos de controle social (*idem, ibidem*)

Não obstante, essa não é a única maneira de pensar e analisar as relações de poder. Como também já apontado, em Foucault o poder como lei e ação do Estado são formas terminais do poder, e não formas iniciais - embora ainda imiscuída nas práticas sociais.

O poder disciplinar seria mais ramificado e generalizado no campo das relações dinâmicas cotidianas e estaria baseado em uma racionalidade punitiva, também na sociedade contemporânea, pela norma e pelo desvio dessa norma, avaliada e julgada em outras esferas e com a aplicação de outras punições. Nesse caso, estamos falando do castigo disciplinar por meio da sanção normalizadora e da judicialização dos desvios das normas (*idem, p. 428*).

É desta maneira que podemos definir a judicialização enquanto o advento da *norma sobre a lei*, também baseado nas práticas punitivas, mas que não abdica de uma articulação com a lei e com a produção de saberes. Assim, não visibilizamos apenas um “deslizamento” materializado historicamente no cotidiano das práticas punitivas, mas também um embaralhamento entre lei e norma, presente na já mencionada triangulação entre poder, direito e verdade, do qual Foucault (1979) trata. Disciplina e judicialização, num processo onde o direito teria sido “colonizado pela norma”.

É nestes termos que, também junto a Costa, Galindo e Lemos (2014), entendemos o conceito de judicialização, com a qual trabalharemos, enquanto uma “sobreposição da lei à norma”, na máxima valorização das encomendas ao Poder Judiciário de questões as mais simples e corriqueiras de nossas existências, da vida. Como já mencionado, dois viezes no que se refere à saúde - controle e garantia de direitos por intermédios da “obrigatoriedade do Estado” - na maioria das vezes tomados enquanto antípodas mas que, por intermédio de uma lógica de governo e de seus programas, caminham paralelamente. Vejamos a seguir e mais atentamente, como alguns teóricos da área trabalham com o conceito de judicialização aplicada ao campo

da saúde e como estes aspectos podem ser percebidos. Uma introdução para a discussão posterior sobre a Judicialização do desviante por intermédio das ações judiciais da internação compulsória.

#### 4.2. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: ALGUNS APONTAMENTOS TEÓRICOS

Quando tomamos por referência a Carta de Princípios da Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovada no ano de 1948 e a Declaração de Alma Ata, em 1978 (Brasil, 2002), ambas responsáveis pela conceituação geral dos termos da “Saúde” com a qual trabalhamos no campo da Saúde Pública na atualidade brasileira, entendemos que é a partir da segunda metade do século XX que passamos a conceber esta mesma saúde a partir de dois preceitos importantes: primeiro, ela passa a ser associada a um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidades; segundo, a saúde é alçada à condição de direito humano fundamental, passando assim a exigir, no campo político-institucional, a confluência - cada vez mais emergente e ideológica - entre a saúde e o direito (FADEL e OLIVEIRA, 2011), sendo o Estado indicado como principal responsável pelo cumprimento das obrigações legais de forma universal, igualitária e “democrática”, de modo a atender aos interesses de sua população.

No que diz respeito à realidade brasileira, é a partir destes dois preceitos que tanto a Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988) quanto a Lei Orgânica da Saúde/LOS (BRASIL, 1990) regulam e instrumentalizam, “em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado”, instituindo a saúde enquanto um estado mais amplo, para além de condições físico-orgânico-biológicas e também delimitam seus termos e aspectos legais.

Neste tocante, já nas “Disposições Gerais” da LOS (*idem*), somos apresentados a algumas prerrogativas, na atualidade melhor assimiladas pelo senso comum, mas por ocasião inéditas e fruto de intenso debate promovido pelos Movimentos Sociais e pela então chamada Reforma Sanitária brasileira<sup>28</sup>, entre elas, que a saúde é um direito social, devendo o Estado prover as condições materiais indispensáveis ao seu pleno exercício, garantir a saúde formulando e executando políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e estabelecer condições que

---

<sup>28</sup> Sobre o Movimento da Reforma Sanitária Cf. Arouca (2003), Donnangelo (1975), Rosen (1994).

asseguem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Temos aí colocados dois aspectos a serem destacados: a ideia fundamental de que os níveis de saúde dos sujeitos e das coletividades expressam a organização social e econômica de um País e, ainda, a de que a saúde passa a configura-se enquanto um direito fundamental e social inalienável e sua garantia, uma obrigatoriedade do Estado.

Ainda que estes termos da saúde, conceituados pelos organismos internacionais e adotados pelo país em suas regulamentações e normatizações tenham sido ampla e fortemente questionados, principalmente em função do ideário de uma “saúde plena” neles impressos, é *a partir* destas duas conceituações que nos propomos a discutir e problematizar os termos da “judicialização”, dando um outro enfoque a eles, numa perspectiva mais histórica.

Neste tocante, Almeida Filho (2011) nos empresta algumas importantes pontuações, endossando a perspectiva de que até o final da década de 1940, a saúde era entendida como mera “ausência de doença” estando, por ocasião, a OMS à frente da institucionalização ou “reinvenção do nirvana” ao declarar a ‘saúde’ enquanto o ‘estado completo’ (*idem*, p. 07). Instaura-se, ainda segundo o autor, uma espécie de “novo misticismo sanitário”, que oporia o ser “completo e saudável” ao “incompleto e doente”. É neste movimento que vê-se, no mesmo século XX, a Constituição Federal “surfar” na onda da era dos direitos tal qual detalhada por Bobbio (2004), ao definir que saúde é direito de todos, cabendo ao Estado garanti-la, o que também teria ampliado os debates no meio acadêmico sobre estes “termos” e redundado, dentre outros, no engendramento do campo da “Saúde Coletiva”.

O autor desta forma nos faz um chamamento ao debate “em ares menos idealistas” e situa a sua concepção do campo de maneira distinta daquela colocada anteriormente: a saúde se faz em práticas onde o que está em jogo é o viver humano, ou o sobreviver humano, a partir de práticas coletivas, o que descarta, por princípio, um conceito universal, que se sustenta em “equilíbrio” e “harmonia”, por princípio descolado das práticas cotidianas humanas. É também a partir destas compreensões que trabalharemos.

Façamos antes de darmos continuidade à questão da “judicialização”, um outro e breve adendo, a respeito de como as questões do Direito e da Saúde podem ser compreendidas a partir do enfoque da área. Segundo Oliveira e Vasconcellos (2009), “Direito” pode ser entendido enquanto um constructo humano que demarca, ao longo da

sua História, “as relações entre as pessoas e regula de forma mais ou menos condizente com as necessidades os interesses individuais e gerais das populações, buscando harmonizar conflitos pelo braço institucional da justiça”, sendo ainda uma “construção permanente do equilíbrio externado para construir objetos de harmonia da vida, aplicados à natureza das coisas e às relações sociais” (*idem*, p. 13).

Para Teles e Oliveira (2009), a conjunção das Ciências Jurídicas e Ciências da Saúde expressa um novo campo do conhecimento, “Direito e Saúde”, produto da interseção dessas duas ciências, que buscam “um comprometimento ético e exercício de um saber comprometido com concepções de direito social, no bojo da Saúde Pública” (*idem*, p.275), onde a construção de uma concepção de saúde consolida-se a partir de um entendimento maior que aquele atribuído ao direito ao consumo da saúde.

Também, para Schramm *et al* (2010) intensificam-se nas últimas décadas do século passado os vínculos entre Direito e Saúde Coletiva, com a consolidação de jurisprudências favorável à responsabilização dos entes federativos no cumprimento, “prestação estatal” e intervenções do Poder Judiciário na gestão de saúde.

Pode-se, junto aos autores supracitados, dizer que direito e saúde são tributários da humanidade no seu andar histórico:

Resgata-se a condição de dignidade como expressão maior da vida, e neste caminho direto de encontro, a concepção de saúde consolida-se com um bem do ser humano, conquistado na compreensão técnica, política e ideológica do individual transformado e transformador, enquanto corpo social (TELES e OLIVEIRA, 2009, p.276).

Neste mesmo sentido, de acordo com Oliveira e Vasconcellos (2009), a confluência destes campos do saber implica refletir sobre a demarcação deste novo campo de construção do conhecimento ou, mais especificamente, de um campo de interpenetração de suas matrizes epistemológicas na construção de objetos interdisciplinares comuns. Ou

(...) ao buscar uma aproximação mais ostensiva entre ambas, gerar fatos e novidades político-institucionais na direção de uma articulação simbiótica, capaz de dar respostas práticas na vida concreta, a partir de reflexões teóricas realizadas interdisciplinarmente” (*idem*, p. 16).

Estes mesmos autores nos indicam que o principal desafio colocado ao debate é assegurar a interseção entre estes dois campos do conhecimento, em qualquer contexto sociopolítico, buscando alcançar justiça entre as coisas da vida e as relações entre

Estado e sociedade. Supõe-se, portanto, que as relações entre o direito e a saúde não se situam apenas no marco das conquistas legais, exclusivamente para garantir direitos de atenção à saúde, na perspectiva normativa.

Assim, a conjugação destes dois campos de saberes, ambos com forte caráter de transversalidade social, não deveria limitar-se ao “Direito Sanitário”, definido por Ventura (2010) como o conjunto de normas jurídicas que disciplinam as ações de saúde, objetivando salvaguardar o acesso às ações assistenciais de saúde pública dos sujeitos. Ou, ainda, como sendo um campo de saberes e práticas responsáveis por coordenar distintas respostas normativas do Estado diante da Saúde Pública, mediante vasta legislação, aglutinadora em torno do tema ‘Tutela da Saúde’.

Contudo, a perspectiva que aqui apresentaremos, e com a qual trabalhamos, é a convergência dessas duas grandes áreas do conhecimento humano no contexto da aplicação da norma jurídica sobre a saúde, o que aqui denominamos “Judicialização do Direito à Saúde”. Ainda que a nossa escolha teórica seja um olhar crítico acerca deste processo não desconsideremos, para introduzir o próximo subitem, o alerta que nos é feito por Schramm *et al* (2010, p. 03) ao nos dizerem que, no contexto democrático contemporâneo, o fenômeno da *judicialização da saúde*, ao envolver aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários que se colocam além de seu componente jurídico e de gestão de serviços públicos, pode vir a expressar reivindicações e modos de atuação legítimos de cidadãos e instituições na garantia e promoção dos direitos de cidadania.

#### **4.2.1 A Judicialização da Saúde enquanto Tutela do Estado**

De acordo com Barroso (2009) a “judicialização”, no campo do direito e na contemporaneidade, pode ser entendida enquanto a operação de transferência de poder para juízes e tribunais visando a resolução de questões de cunho social. Um deslocamento das resoluções das questões políticas e sociais, as mais diversas, das instâncias políticas tradicionais para o aparato judiciário.

Como um fenômeno multi-causal e uma tendência global, segundo Vianna (1999) a “judicialização” deixa de ser um departamento técnico-especializado, transformando-se em um verdadeiro poder político que objetiva fazer valer a Constituição e as Leis, mobilizando discussões envolvendo não só a academia, os operadores do direito, a máquina estatal, mas também a própria sociedade civil, ao menos em tese.

(...) a sociedade contemporânea experimenta, no seu modo cotidiano de operar, uma presença do direito, seus procedimentos e suas instituições sem paralelo na história do Ocidente moderno. Tal processo, muito apropriadamente, tem sido designado pela literatura como uma “Judicialização da Vida”, não apenas referido à dimensão da política, às do mundo do trabalho e às da família, mas à totalidade do social (*idem*, p. 19).

Na perspectiva dos operadores de direito, o fenômeno da “judicialização” no campo da Saúde buscaria a concretização do princípio da universalidade da saúde, por intermédio da Justiça. Teríamos aí uma brecha entre o direito ideal e sua materialização no mundo real.

Para Schramm *et al* (2010), o direito à saúde é reconhecido formalmente como um direito humano fundamental à preservação da vida e da sua dignidade, havendo concordância entre o direito vigente, nas leis internacionais e nacionais e o senso comum neste tocante. Os autores, contudo, nos apontam uma importante questão: as dificuldades práticas e teóricas na concretização deste “direito” - dada a sua heterogeneidade conceitual, sejam elas de ordem filosóficas, políticas, sociais, culturais, jurídicas, econômicas ou técnico-científicas.

As dificuldades de se articular esses elementos e estabelecer os acordos necessários sobre o conteúdo e o modo de garanti-los têm sido o distanciamento entre o direito vigente na lei e o direito vivido na prática por milhões de pessoas, em todo o mundo (*idem*, p. 16)

Para os mesmos autores, a alta intensidade da demanda judicial no âmbito da saúde seria um reflexo na busca de efetivação deste direito, o de acesso aos meios materiais para seu alcance. Para Travassos e Martins (2004), uma dimensão do (não) desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta.

Essa busca, num primeiro momento e no âmbito brasileiro, materializou-se por intermédio das solicitações de dispensação de medicação não disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Uma tentativam, segundo Oliveira (2010), de acesso à medicamentos pela via judicial que dispara o fenômeno da Judicialização em todo território nacional.

De acordo com Rocha (2015), um dos marcos legal na disseminação de ações judiciais de solicitações ao SUS de dispensação de medicamentos foi a Lei Federal nº 9.313, de 1996 (BRASIL, 1996). Tal normativa, que determina a distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais aos portadores do vírus HIV, impulsionou mudanças no

padrão decisório da justiça, uma vez que abriu precedentes para o fornecimento de medicamentos para outras doenças, de forma mais frequentes e com maior porcentagem de êxitos. Gerou, assim e ainda segundo Rocha (*idem*), alteração na jurisprudência dos tribunais brasileiros de maneira decisiva.

Também Schramm *et al* (2010) reafirmam que processos judiciais contra os Poderes Públicos, tanto individuais quanto coletivos, tiveram início com as reivindicações das pessoas vivendo com HIV/Aids, ao longo dos anos de 1990. Tais reivindicações passaram a incluir procedimentos médicos e reivindicações por avanços nas políticas públicas de saúde (LOYA, 2008). Retabelece-se desta maneira e pela primeira vez no caso brasileiro, uma relação positiva entre acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde.

O Conselho Nacional de Saúde/CNS (BRASIL, 2015) relata serem crescentes as demandas judiciais por acesso a medicamento no Brasil desde então, mas que as ações vêm, progressivamente, não se limitando às solicitações de medicação, estendendo-se ainda a bens e serviços de saúde no âmbito da assistência e da proteção, os mais diversos.

Ainda junto a Schramm *et al* (*idem*), podemos dizer que a ampliação da atuação do sistema de justiça no acesso à assistência tem repercutido nas ações da gestão da saúde, influenciando de maneira incisiva nas tomadas de decisão. Fazamos, aqui, um breve retorno ao conceito ‘saúde’ na tentativa de compreensão da construção deste processo de interferência.

Não é nossa intenção problematizar e discutir, de maneira mais demorada, as variações epistemológicas e até mesmo filosóficas que o conceito de saúde vem ganhando ao longo da história. A proposta “conceitual” com a qual trabalhamos já foi acima mencionada. Contudo, num contexto mais pontual, que diz respeito à realidade brasileira, podemos sugerir que a saúde - aquela que extrapola os aspectos normativos acima apresentados e tanto no que diz respeito à sua concepção quanto às suas *práxis* - vem recebendo diversas significações políticas, nos campos ético, social e jurídico. É um pouco disto que, junto à Asensi (2010, p. 15-21), sinalizamos algumas destas significações.

Podemos dizer que até a sua conformação enquanto um direito na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), a saúde tem sido objeto de transformações, sendo sua dimensão enquanto assunto típico de Estado, relativamente recente. Apontamos, e de maneira condensada, três dimensões paradigmáticas (ASENSI, *idem*) a este respeito.



Primeiro, a saúde sendo caracterizada enquanto um *favor* à população, ou benesse, podendo, à revelia, ser restringida ou retirada, sem garantia à sua manutenção e atravessada por questões patrimonialistas de poder.

Estamos falando do período que se estende do Império à República Velha e que, embora marcada neste último período histórico já por adoções de medidas curativas e campanhistas, é fundamentalmente caracterizada pela arbitrariedade, e “autoritarismo”, do poder público no que diz respeito à oferta de saúde. Um Estado discricionário, portanto, onde ausenta-se qualquer instrumento jurídico-legal que assegurasse continuidade (de projetos e programas) e oferta (assistencial).

Para Baptista (2003) este período, principalmente aquele que se inicia com a Proclamação da República em 1889, apresenta a emergência de questões relativas à organização do Estado, apresentando-se a saúde, a partir de então, num “duplo lugar”: como um problema para a consolidação de um projeto de nação e também como uma solução para tanto, a medida que

a preocupação nacionalista impunha superar o atraso e modernizar o país (...). Apenas com a implantação de ações de saúde seria possível enfrentar as mazelas que impediam o desenvolvimento do país. Assim, a saúde emergiu como solução nacional, conquistando um papel importante na construção da autoridade estatal sobre o território e na conformação de uma ideologia de nacionalidade (*idem*, p. 23)

Para Aureliano e Draibe (2006), parece ser consenso na literatura que é no primeiro governo Vargas que progressivamente fortalece-se um projeto político-ideológico de construção nacional (centralizador e autoritário). Nele, segundo os autores, molda-se uma primeira proposta consolidada de política pública, agora já com o estabelecimento de um arcabouço jurídico e material responsável por conformar o sistema de proteção social tal qual conhecemos até mais recentemente.

Alguns fatores podem ser apontados enquanto responsáveis por corroborar uma mudança desta perspectiva. Em especial após a chamada “Era Vargas” até meados da década de 1980 do século passado, período compreendido como o de “redemocratização” do país, a reforma política operada, a ampliação dos direitos dos trabalhadores, a criação de caixas de assistência, bem como o surgimento dos planos privados de saúde e a expansão e consolidação do complexo médico-empresarial, são apontados enquanto principais responsáveis por “uma reconfiguração das relações de poder no campo da saúde” (ASENSI, 2010, p. 16), que comporta uma crescente

mercantilização da saúde e uma anexação de sua oferta e acesso à categoria “trabalhador”. Consolida-se, a partir de então, o que Asensi (*idem*) aponta como sendo a segunda dimensão da saúde: um serviço decorrente de um direito ou um benefício trabalhista ou como um serviço privado, que passa a ser uma “bem de consumo. Especificamente um bem de consumo médico” (LUZ, 1991, p. 82). Um direito à assistência médico-curativa restrito, exclusivo aos trabalhadores regulares, que contribuía com o sistema de previdência social ou que podiam arcar com as despesas dos planos privados.

Segundo Baptista (2014, p. 41), é a partir de meados da década de 1970, ao fim do (não) “milagre econômico” do período da ditadura civil-militar e em um cenário de crise política, institucional e econômica, quando começa-se a construir novas estratégias para a manutenção do governo. Dentre elas e neste período, a autora aponta como sendo relevante a definição do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), entre os anos de 1975 e 1979, seguido da política de “abertura”.

O II PND significou a composição de uma política de desenvolvimento que tinha como meta básica a formulação de estratégias de desenvolvimento social, buscando a integração e a interdependência das políticas estatais – um avanço na política de estado, pois selava o compromisso de conjugação da política econômica e social. O processo de abertura, em outra medida, possibilitou a expansão gradativa dos movimentos social, até então sob forte pressão e sem espaço para vocalizar as demandas (*idem, ibidem*)

É neste cenário que vimos despontar, no campo mais específico da saúde, o acima mencionado e fundamental Movimento da Reforma Sanitária, que estabelece dentre suas principais pautas e bandeira a garantia do acesso à saúde enquanto um direito de *todos*. Temos aqui, pois, uma terceira dimensão da saúde: aquela definida enquanto um *direito*. Um aspecto importante do “movimento pela reforma” - além do importante pleito pela universalização do acesso - é a reivindicação pelo protagonismo de outros “atores” na construção de uma política pública para o setor, que não apenas por intermédio da institucionalidade do Estado, e ainda pela defesa de espaços públicos de participação social<sup>29</sup>. Nos termos de Luz (1991, p 87), a “percepção histórica da saúde como direito de cidadania” configura-se como um “dado novo nas políticas

---

<sup>29</sup> Aqui temos, inclusive, uma das críticas mais contundentes à Reforma Sanitária: a sugestão de que tenha sido “cooptada” pela máquina (estatal) e aparatos (do estado), perdendo assim sua verve e força no âmbito dos movimentos sociais (Cf DONNANGELO, 1976)

sociais brasileiras”, sendo esta percepção, ainda, “fruto dos movimentos sociais de participação em saúde da segunda metade dos anos 70 e do início dos anos 80”. Para Asensi (2013),

Isso permite uma relativa problematização da concepção Estado-centrada de saúde típica dos contextos anteriores em prol de uma relativa abertura estatal às demandas sociais, o que foi decisivo para o momento constituinte da década seguinte e para a constituição do arcabouço jurídico-institucional da saúde no Brasil (*idem*, p. 140)

Assim, a Reforma Sanitária (aqui também estamos aludindo os movimentos civis que se organizaram em prol da conformação do SUS), a medida que assume característica institucional, uma vez que seus ideais e pleitos passam a ser veiculados por dentro da própria estrutura estatal, a ponto de ter suas reivindicações acatadas pelo texto constitucional (dentre outros), alça a saúde à condição de direito fundamental “cujo imperativo é a prestação positiva do Estado no sentido de concretizá-la e ampliá-la a todos os cidadãos” (ASENSI, 2010, p. 17). Em outros termos, enquanto um “dever” do Estado.

É neste sentido que a pretensão universalizante da saúde, enquanto um direito cristaliza precedentes a relevância jurídica, política e social, exigindo um esforço do Poder Legislativo na sua consolidação, principalmente se esta pretensão associa-se, como gradativamente passou a acontecer, ao princípio da dignidade da pessoa humana. Neste sentido, Schramm *et al* (2010, p. 06) nos afirmam que “num sentido amplo e contemporâneo, **saúde** é sobretudo uma questão de cidadania e de justiça social, e não um mero estado biológico independente do nosso *status* social e individual”. Como dito no início deste capítulo, uma questão de “direito consolidado” e de “controle do estado”, *indissociados*.

As questões e regulamentação referentes à saúde, contempladas pelo texto constitucional, aparecem pela primeira vez nos Artigos 6º e 196º<sup>30</sup> da Constituição Federal (BRASIL, 1988). Neles, a saúde é considerada enquanto um direito fundamental e, dentre os direitos fundamentais<sup>31</sup>, um direito social, passível de

---

<sup>30</sup> O texto integral é o que segue: (saúde como) “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitários às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

<sup>31</sup> Os Direitos Fundamentais podem ser classificados em cinco grupos: direito individual (Art. 5º), direito coletivo (Art. 5º), direitos sociais (Art. 6º, 193 e 55), direito à nacionalidade

intermediação do Poder Judiciário. A isso, neste âmbito de discussão, é o que estamos chamando de judicialização do direito à saúde.

Dois anos depois, por intermédio da LOS (BRASIL, 1990) - que, como sabido, institui as regras e princípios que regem o SUS brasileiro - no seu art. 2º, é anunciado e normatizado com mais clareza este “direito de todos e dever do Estado”: resguardo, por parte da máquina estatal e de maneira integral e universal, do “direito subjetivo público à saúde” (NUNES, 2009). Passamos, de acordo com Oliveira (2010), a ser “titulares do direito a saúde, universalizado, cabendo ao Estado concretizar sua execução, através de políticas públicas, planejamento, ações e serviços, executados pelos seus órgãos<sup>32</sup>.

De acordo com Botelho (2011, p. 23-111), um dos debates vinculados ao constitucionalismo na contemporaneidade é justamente este: a consagração plena dos direitos sociais, que configuram direitos a prestações materiais positiva exigíveis (direitos subjetivos). Trata-se do entendimento de que a tutela, ampliação e concretização dos direitos sociais, os direitos formais de cidadania, definidos constitucionalmente – ainda que de maneira “virtual” – estão vinculados à prática judicial, à atuação do Poder Judiciário. O mesmo que nos esclarece Streck (2004, p. 280), ao nos dizer que, no intuito do fortalecimento democrático, pretende-se que “os mecanismos constitucionais postos à disposição do cidadão e das instituições sejam utilizados, eficazmente, como instrumentos aptos a evitar que os poderes públicos disponham livremente da constituição”.

Ainda enquanto argumento que justifique a prática da judicialização do direito à saúde, ou ‘dimensão jurídico-concretizante dos direitos sociais’ (na lógica dos “operadores do direito”), Botelho (2011) nos apresenta (otimistamente!) a emergência e consolidação do Poder Judiciário na conformação de uma sociedade capitalista e cuja função seria a de “fiscalizador da formulação e execução das políticas públicas [frente a] “frequente inércia ou ingerência dos administradores em efetivar alguns dos direitos sociais previstos nas Carta Magna” fazendo com que “haja constante apoio da opinião pública e popular às decisões judiciais que conferem a esses direitos efetividade” (*idem*, p. 31-2).

---

individual (Art. 12º,) e direito político (Art.14º e 17º), destacando que, por intermédio destas normativas, **todo Direito Social é um Direito Fundamental** (BRASIL, 1988)

<sup>32</sup>No âmbito internacional, podemos definir o ano de 1948 enquanto marco do reconhecimento da saúde como direito humano fundamental (FILHO, 2005). É neste ano da Declaração Internacional dos Direitos Humanos, que no seu art. 25 define que “todos têm direito a um padrão de vida adequado para a saúde e o bem estar próprio e da família” (UNIC, 2000).

Este mesmo autor, assim como aqueles acima mencionados, também nos apresenta duas possíveis justificativas para este hiato na concretização dos dispositivos jurídicos: primeiro, a ausência de vontade do poder público ou interesses particulares de classe ou do poder de veto de alguns grupos hegemônicos, que momentaneamente dispõe dos aparatos do poder instituídos. Segundo, a situação econômica conjuntural e previsão orçamentária para as políticas públicas, estando assim os direitos sociais à mercê de opções da política econômica do aparato estatal.

A título de conceituação e de acordo com Andrade e Vaitsman (2002), os Direitos Fundamentais podem ser entendidos historicamente e nos seus princípios enquanto aqueles que visavam liberdades civis destinadas à proteção do indivíduo frente ao Estado. A sua história, como nos atesta Sarlet (2001, p. 43) “desemboca no surgimento do moderno Estado constitucional, cuja essência e razão de ser residem justamente no reconhecimento e na proteção da dignidade da pessoa humana”.

Para Botelho (2004, p. 33-47), sua origem está intrinsecamente relacionada à concepção jusnaturalista dos séculos XVII e XVIII, tendo por marco histórico o próprio nascimento do Estado de Direito e a seguir, do Estado Democrático e Social de Direito, precedidos pelo Estado absoluto, primeira manifestação histórica do Estado moderno. O entendimento acerca dos Direitos Fundamentais e, posteriormente, dos Direitos Sociais para este mesmo autor, é engendrado a partir das concepções ideológicas liberais, donde as ideias de “segurança, liberdade e propriedade” configuram-se enquanto seus pilares fundamentais (e organizativos) das relações entre Estado e Sociedade.

Resta claro, então, que os direitos fundamentais surgiram como função precípua de limiar a esfera de intervenção do Monarca nos direitos individuais dos “*cidadãos*”, fazendo com que, necessariamente, houvesse o reconhecimento por parte do Monarca de uma gama de direitos mínimos, expressado pela tríade liberdade-propriedade-segurança (*idem*, p. 35).

Pode-se dizer que o reconhecimento dos primeiros direitos individuais remonta à Inglaterra do século XIII onde, de acordo com Sarlet (*idem*, p. 49), por pressão dos proprietários de terras e membros do clero, uma série de direitos – como o *habeas corpus*, o processo legal devido e a garantia da propriedade – são pela primeira vez assegurados pelo rei. É a *Declaração de Direitos do Povo da Virgínia*, redigida no ano de 1776 - que nos direciona ao conceito moderno de direitos fundamentais - somando-se a ela e posteriormente, a *Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão* francesa de

1789, que abrem precedentes para a compreensão de que “qualquer sociedade em que não esteja assegurada a garantia dos direitos fundamentais nem estabelecida a separação dos poderes não tem constituição” (ANDRADE E VAITSMAN, 2002, p. 21).

É, pois, na Europa do século XIX e XX que a tentativa de consolidação do Estado de Direito, gradativamente substituída pelo Estado Democrático de Direito, como anteriormente mencionado, buscou-se “garantir uma esfera de autonomia, liberdade e segurança dos cidadãos face ao Estado, ou seja, essencialmente através e a partir da existência de uma Constituição e da subordinação de todos os poderes do Estado à Lei” (Novais, 2003 *Apud* BOTELHO, 2004).

Assim, a questão fundamental do constitucionalismo do início do século XX seria a complexa relação entre democracia e constitucionalismo (...) a questão da conciliação entre a soberania popular, compreendida como fundamento de legitimidade do poder político-jurídico, e a Constituição, entendida como limitação dos poderes públicos (BOTELHO, 2004, p.36)

Entende-se, portanto, que a síntese histórica que assegura os direitos fundamentais e a ideia moderna de Constituição confunde-se com a própria ascensão de uma nova classe social, a burguesia. Contudo, como sustenta Sarlet (2001), estes direitos devem ser interpretados visando as novas concepções colocadas pelo desenvolvimento da sociedade, “já que os antigos limites impostos dentro do quadro de um Estado liberal não mais se sustentam” (*idem*, p. 87) .

No espectro deste “novo cenário”, Botelho (2004) nos aponta o impacto da industrialização nascente e crescente, os problemas econômicos, urbanos e sociais que dela decorrem, o advento e consolidação do ideário socialista (e a ideia de que a formalidade da “liberdade e igualdade” não gera garantia de sua efetivação), e que acabam por engendrar, ao longo do século XIX, reivindicações no sentido de atribuir ao Estado posicionamento ativo na tentativa de realizar justiça social e de integração dos direitos sociais aos direitos fundamentais, a medida que “o homem idealizado pelo liberalismo – cuja única necessidade era a liberdade, suficiente para assegurar uma vida digna para si e sua família” (Barcellos, 2002 *apud* BOTELHO, 2004 ), não se sustentava e não se confirma.

A busca incessante por direitos e situações de garantia, aliada à evolução da sociedade, que passou de uma sociedade centrada no individualismo, fruto dos ideais iluministas, para uma sociedade cuja importância é o bem-estar coletivo, fez com que surgisse essa nova

gama de direitos, não mais subsumidos ao critério unicamente individual, mas, sim, umbilicalmente ligados a uma nova noção de sociedade, ou seja, de bem-estar coletivo (BOTELHO, 2004, p. 43)

Assim, diz-se de uma “passagem” de um Estado liberal ao Estado social, onde consolida-se a ideia de que Direitos Sociais são também Fundamentais. Passa, este mesmo Estado, a ser “convidado” a intervir na vida social, não bastando mais (ou unicamente), a partir da concepção histórica acima pontuada, a garantia de segurança, propriedade e liberdade, mas agora também fazendo-se necessário planejamento econômico e social, ou “prestações sociais”.

Entende-se, portanto, os direitos sociais enquanto direitos fundamentais, incorporados à ordem constitucional de vários países, inclusive o Brasil e que, como nos indica Silva (2004, p. 285) e novamente, podem ser entendidos como “prestações positivas proporcionadas pelo Estado, direta ou indiretamente, enunciada em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais distintas”. Sendo assim um (...) “conjunto de normas através das quais o Estado leva a cabo sua função equilibrada das desigualdades sociais”<sup>33</sup> (BOTELHO, 2004, p. 54). Direitos desta maneira efetivados através do Estado (social), colocando ao poder público a exigência de prestações materiais, por intermédio de serviços públicos, obrigados constitucionalmente, como é o caso da Saúde Pública.

Como acima já mencionado, ainda nos esclarece Andrade (2002) que, também no Brasil, o rol de direitos sociais, econômicos e culturais, define-se por sua gratuidade e sua universalidade, visando garantir igualdade material através da satisfação das necessidades básicas.

Numa “lógica” dos operadores do direito, tratar-se-ia de “prestações a serem exigidas do Estado” (ASENSI, 2013, p. 25), por intermédio de procedimentos a serem cumpridos pelos três Poderes instituídos. Numa situação mais extrema, este mesmo autor defende a ideia de que “os direitos fundamentais sociais são posições tão importantes que seu outorgamento ou não outorgamento não pode situar-se nas mãos de

---

<sup>33</sup> Bobbio (2004, p. 72) nos aponta as contradições e conflitos que envolvem a consolidação histórica deste processo de passagem: se os “direitos de liberdade” engendram-se no intento de fazer frente ao “superpoder do Estado”, limitando assim seus poderes, os direitos sociais por sua vez exigem, para sua efetivação, a ampliação desses mesmo poderes, sendo os direitos sócias constituídos para estabelecer os fins desta atuação.

uma simples maioria parlamentar” (*idem*), visto que uma das condições para sua materialização é justamente a dependência financeira do Estado e a conformação do legislador na concretização das políticas.

A questão em torno da definição dos limites de intervenção judicial para a efetivação destes direitos sociais não é exatamente nosso foco de debate. Procuramos buscar, contudo, percorrer por uma lógica que sustentasse e justificasse esta intervenção, a partir do ponto de vista do direito e de seus operadores. Aqui Botelho (*idem*) nos alerta que, historicamente, a jurisprudência brasileira tem se resguardado a licença para intervir, frente à inconstitucionalidade (de prestação) por omissão, para garantir a aplicabilidade dos direitos sociais. No seu teor técnico, é esta a concepção do “fazer-se cumprir” que chega ao Poder Executivo, por intermédio dos mandados judiciais, aqui entendidos enquanto uma ordem, emitido por juiz, que deve ser cumprida.

O fato de não haver-se concretizado, e instituído, um espaço público que envolva as vozes heteronômicas que compõe o todo social para a discussão da cada vez mais crescente ascensão do Poder Judiciário na exigência de cumprimento da norma constitucional, é o que também nos chama a atenção. Verifica-se uma imposição de medidas sem o estabelecimento prévio de um espaço público para o amplo debate. A disseminação da delegação por parte da sociedade civil, sem que haja, em contrapartida, problematização a este respeito.

Outros autores também problematizaram esta questão <sup>34</sup> e, junto a eles, pode-se apontar aspectos considerados “negativos” para a governabilidade e para a gestão das políticas e ações de saúde no âmbito da judicialização, e que acabam por aparecer de maneira recorrente na literatura do campo: o aprofundamento das iniquidades no acesso à saúde, que privilegiam determinado segmento e indivíduos com maior poder de reivindicação, em detrimento de outros.

Ainda com relação às críticas realizadas, Barroso (2009) aponta para uma possível “disfunção do sistema”, a medida que o quantitativo elevado de demandas judiciais - sem uma cuidadosa análise crítica - unida a respostas automáticas e insatisfatórias, pode acarretar prejuízos à efetividade (individual e coletiva), ao cuidado igualitário e equânime, princípios caros ao SUS, tanto porque a resposta judicial limita-se, via de regra, a determinar o cumprimento pelos gestores de saúde da prestação

---

<sup>34</sup> Cf - Barata; Chieffi (2009); Marques; Dallari (2007); Vieira; Zucchi (2007).



requerida pelos reivindicantes, respaldados por uma prescrição médica individual (como é o caso dos mandados para a internação compulsória).

Outra forte tensão diz respeito ao questionamento quanto a legitimidade e a competência técnica e/ou legal-institucional do poder judicial para decidir sobre o conteúdo e o modo como a prestação estatal deve ser cumprida pelo Executivo da Saúde. Entende-se que, a princípio, tais deliberações são de competência dos Poderes Executivos em conjunto com as instâncias deliberativas da gestão administrativa do SUS que devem, de acordo com Schramm *et al* (2010), considerar as implicações orçamentárias de ofertas, insumos e tecnologias de serviços.

Como base na discussão acima apresentada, buscamos apresentar as justificativas, no campo teórico do direito e da jurisprudência, para as ações de judicialização. Contudo, outras questões se colocam de maneira importante: ainda que entendamos a judicialização do direito à saúde enquanto estratégia legítima, na perspectiva desta nova ordem constitucional de atuação ativa dos sujeitos ou coletivos no resguardo de seus direitos, também entendemos que outros mecanismos de garantias devam ser construídos. Quais seriam as implicações ético-políticas, e a partir do acima apresentado, de tomar estes processos como principal instrumento deliberativo na busca da implementação das diretrizes constitucionais? Há, como nos coloca Baptista (2009, p. 836) “risco de se desenvolver a via judicial como principal meio para se garantir o acesso à assistência à saúde”? Como esta judicialização do direito têm se presentificado no campo da Saúde Mental? Como podemos discuti-la a partir das ações de internamento em instituições psiquiátrica e, mais especificamente, nas internações compulsórias?

Antes de adentrarmos nestas questões, presentes no próximo capítulo, e tomando por referencial nossas leituras, destacamos alguns outros aspectos nesta discussão, que acreditamos pertinentes. *Primeiro*, temos aí colocado um tipo de “idealismo jurídico” (...) expressão de uma crença profunda no poder transformador de uma constituição para superação dos graves problemas econômicos e sociais do país” (Krell 2002, p. 27 *apud* BOTELHO, 2011), que estabelece, ou institui, a lei enquanto um ente abstrato, não sujeita a sua conformação e constituição histórica e também político-ideológica. O mesmo autor ainda nos coloca a ideia de que a norma constitucional não possui existência autônoma em face à realidade, estando a concretização de sua existência e vigência a ela subordinada. Como autonomizar a sociedade civil frente a construção

ativa desta “realidade”? Como construir um espaço coletivo de responsabilização pela exigência de cumprimento dos “direitos” e sua aplicabilidade?

*Segundo*, a própria característica partidarizada e também ideológica dos Poderes Legislativo e Executivo - condição constitutiva *sine qua non* da lógica de construção e consolidação dos Estados democráticos e republicanos, ressaltamos. Restasse ao “governo” apenas o cumprimento das normas (frias) constitucionais, haveria espaço reduzido para a “disputa político-ideológica a ser realizada pelos partidos políticos sobre o qual a melhor forma de se prestar saúde, educação, assistência e gerar empregos”, o que acabaria por “tornar letra morta” o preceito constitucional do pluralismo político, pressuposto mesmo dos governos tidos como “democráticos” (BOTELHO, 2004, p. 64). Há que considerar no âmbito desta discussão e para Krell (*idem*, p. 22) a margem substancial de definição das formas e medidas como os direitos sociais serão assegurados, apontado pelo autor enquanto “livre espaço de conformação”, o que nos coloca uma problemática maior na discussão em torno dos “mandados”, resultado da judicialização do direito à saúde, e seu cumprimento.

*Por fim*, aquilo que nos parece eixos de discussão mais delicadas e, ainda, preocupantes: um, a própria partidarização da “justiça”; dois, a “judicialização da política”; três, a sua clara definição de “cor”, “classe social” e “gênero”. Embora debates urgentes e profícuos, e mesmo no centro das discussões do e no cenário político atual brasileiro, infelizmente não conseguiremos encampá-las. Uma ponderação, contudo: ainda que decisões e sentenças possam ser consideradas “legais”, critérios “de classe” têm orientado-as num crescente. Necessidade, por fim e a nosso ver, de um deslocamento da discussão em torno da (mera) legalidade de uma decisão e da “aplicabilidade” correta de uma determinada lei, para o campo da ética e das coletividades.

**CAPITULO 5:**

**AS INTERNAÇÕES EM PSIQUIATRIA: O AVESSE DA ÉTICA DA  
DESIINTITUCIONALIZAÇÃO**

*Eu combino melhor com árvores. Totalmente ao senhor eu falo: quem ouve  
a fonte dos tontos não cabe mais dentro dele. Outra pessoa desabre*

*(Manoel de Barros)*

No ano de 1999 foi produzido pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), junto à militância da Saúde Mental (técnicos, juristas, profissionais da área, usuários e seus familiares), um vídeo intitulado "Tribunal dos Crimes da Paz". Tomando por “inspiração” o conhecido livro de Franco Basaglia *Crimes da Paz*, simulava um julgamento ao colocar, no banco dos réus, os Hopsitais Psiquiátricos.

Material potente e impactante, utilizado já por nós há alguns anos enquanto disparador de discussões em sala de aula, após a apresentação da acusação e, em especial, após depoimentos dos usuários dos serviços de Saúde Mental, que relatam suas dolorosas experiências de internamento e sequestração, o veredito é pronunciado: morte justa, por isso "rápida", dos manicômios.

Por ocasião da produção e filmagem do vídeo, no final dos anos de 1990<sup>35</sup>, é-nos informado que ainda existem em todo o país 60 mil pessoas com internações de longa duração e institucionalizadas em manicômios no país<sup>36</sup>. Esta informação é seguida por uma fala importante e contundente: sabendo-se, tendo-se “ciência” pelo Estado brasileiro de nome, endereço e orígem destas pessoas, por que encontram-se ainda institucionalizadas? Os participante colocam como pungente e urgente a viabilização de suas saídas, de suas desisntitucionalizações. Exigem, assim, que se resgate a condição de sujeitos desses indivíduos internados, que suas vidas nuas,

---

<sup>35</sup> Que teve como um dos idealizadores e realizadores o saudoso Marcus Vinícios “Matraga”, por ocasião presidente do Conselho Federal de Psicologia, importante liderança da área e militante dos Direitos Humanos, assassinado na Bahia, “em causa”, no ano de 2015.

<sup>36</sup> Que incluem instituições públicas, da Rede Própria do SUS e instituições financiadas por este mesmo SUS, por intermédio de leitos credenciados e conveniados. O Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação Nacional de Saúde Mental. Álcool e outras Drogas, adota enquanto recorte temporal o período de dois anos para definir “internação de longa duração. Já o Estado do Rio de Janeiro, por intermédio de sua Coordenação Estadual de Saúde Mental. Álcool e outras Drogas, stabelece o período de um ano para mesma classificação.

apartadas da participação política na *pólis*, sejam possibilitadas e protegidas.

Segue, ainda, uma sentença: a necessidade de que todos os “atores” envolvidos no campo se responsabilizem pelo evitamento de que novas interações sejam realizadas. Evitamento de que novas vidas sejam sujeitadas às mesmas condições de abandono, violência e degradação, como aquelas ali relatadas.

Um longo caminho para a viabilização desta premência - seguida pela importante proulação da já citada Lei Federal 10.216 (BRASIL, 2001), foi percorrido desde a abertura do primeiro manicômio brasileiro, o Hospício Pedro II, inaugurado no ano de 1852, na cidade do Rio de Janeiro. Abertura seguida pela construção das primeiras colônias de alienados no Brasil, a primeira na Ilha do Governador (RJ), a partir do ano de 1890, como relata Amarante (2015).

### 5.1. A CONSOLIDAÇÃO DO ESPAÇO INSTITUCIONAL DO MANICOMIO E DA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

De acordo com Resende (2007, p. 16-73), embora as raízes da assistência em psiquiatria no nosso país, no início no século XIX, se assemelhem às aquelas identificadas na Europa do século XVII, as circunstâncias de seu engendramento e que determinaram a emergência da loucura e da pessoa do louco à condição de problema social, possuem “dissimilaridades”, muito em função das peculiaridades da vida econômica e social do Brasil colônia.

Para o autor, se na Europa da época, como já discutido, a ruptura da ordem feudal e a emergência do capitalismo coloca a exigência de um “novo” homem, apto à produção de riquezas e ao trabalho, deixando aqueles não “capazes” de atender a estas novas demandas a deriva, abarrotando cidades e perturbando o ordenamento, no Brasil a aparição do louco nas cidades – também para perturbá-las e ameaçar paz social quando da “vigência da sociedade rural pré-capitalista” (onde) “a já circulação de doentes pelas cidades pedia providências das autoridades” (*idem*, p. 18) – acontece em cenário distinto.

Se autores europeus seminais, como Foucault (2014) e Castel (1978), defendem que a emergência da loucura no velho continente como doença a ser sequestrada e tratada deu-se, em grande parte e com um peso significativo, à industrialização e urbanização maciça e rápida dos grandes núcleos urbanos, autores como Lopes (1965) e Medeiros (1977 *apud* RESENDE, 2007) nos apresentam uma outra perspectiva: aspectos particulares da organização social e cultural brasileira – fundamentalmente

aqueles que dizem respeito ao escravagismo e ao valor secundário dado ao “trabalho” (enquanto atividade humana produtiva) – são fundamentais para a determinação da orientação “deológica” e da organização das nossas instituições psiquiátricas, tendo as ideias importadas, como a lógica do Tratamento Moral p.e., importância secundária ou ao menos aqui adaptadas.

Nesta “organização” colonial, Resende (*idem*, p.30-2), nos diz que pouca ou quase nenhuma referência havia nos relatos e crônicas dos viajantes aos loucos que deambulavam pelos espaços rurais e pequenas vilas-cidades, ao escreverem sobre costumes e a vida social. Supõe-se, desta maneira, que aos loucos pobres, desde que “mansos” era permitido errar nestes espaços, vivendo da caridade pública. E, àqueles que manifestavam algum comportamento tido como violento, destinava-se o recolhimento em cadeias, onde não chegavam a receber maus tratos, porque nelas pouco tempo permanecendo, visto não tratar-se de prática difundida. Ainda, mesmo frente à já existência das Santas Casas de Misericórdia e outras instituições de caridade entre os séculos XVI e XVII, não se contavam com loucos entre suas clientela, diferentemente de doentes pobres, órfãos, velhos e mendigos. Ficavam ainda, aqueles provenientes de famílias mais abastadas “escondidos” em suas casas, eventualmente amarrados e contidos.

Ao invés de ‘manifesta e loquaz’, como pintou Foucault a situação da loucura na Europa da Antiguidade e da Idade Média, a impressão mais marcante é de que a doença mental no Brasil parece ter sido silenciada por muito tempo, suas dimensões diluídas na vastidão do território brasileiro (*idem, ibidem*).

Como teria se dado, então, esta passagem de uma loucura silenciosa para a loucura silenciada nas instituições totais brasileiras? O louco a ser silenciado, aqui, parece ter surgido, de acordo com Lopes (1995), antes que este cenário social de razoável “acolhida” tenha se alterado.

O mesmo autor nos esclarece que, mesmo ao final do século XVIII, as grandes cidades, como Rio de Janeiro, Recife e Salvador, permanecem pouco populosas – como a Capital, com pouco mais que 50.000 habitantes à época – uma vez que grandes propriedades rurais organizam-se com bastante autonomia e nas cidades as indústrias eram poucas e incipientes. Assim, a progressiva baixa tolerância à presença e circulação dos loucos não teria acontecido em função do desenvolvimento da indústria e a transformação do papel social e econômico do trabalho-trabalhador, mas justamente

pelo seu contrário: deveu-se a vida econômica colonial baseada no trabalho servil e escravo, condicionante da situação social e modeladora de preconceitos.

Dois extremos da vida social: uma minoria de senhores e proprietários e uma multidão de escravos. Entre ambos, uma massa crescente de inadaptados, dos sem trabalho definido ou totalmente sem trabalho, formado pelos forros, recém libertos, nem escravos nem senhores de terra, mas em situação instável, mass produzida pelo preconceito e-ou ausência de empregos.

E é justamente esta grande massa, que não encontra lugar entre as milícias dos proprietários rurais, que não retornam para trabalhar como meeiros nas fazendas, ou alocados em pequenos serviços de pouco ou nenhum reconhecimento social - “os desocupados permanentes” (...) [*que*] “enveredam pelo crime” (...) -, que se torna uma das preocupações constantes das autoridades e o *leitmotiv* de seus relatórios” (PRADO JUNIOR, 1983, p. 283). Nos termos de Resende (2007), acorda a loucura, por aqui ignorada por quase trezentos anos, a engrossar o quantitativo de ‘vadios’ e ‘desordeiros’ nas cidades, e arrastada numa mesma rede de repressão à desordem, à ociosidade e à mendicância.

Agora, amontoados nas Santas Casas de Misericórdia junto aos demais, mas com tratamento diferenciado: reclusos em porões, contidos em troncos, condenados à morte por maus tratos os mais diversos, que incluem fome e ausência de qualquer tipo de assistência clínica-médica.

A solução, também aqui no Brasil e de acordo com Resende (*idem*), para as mesmas circunstâncias sociais associadas à loucura e apresentadas por Foucault (desordem da paz social e impeditivo do crescimento econômico) é também similar: num primeiro momento exclusão junto aos demais “desviados” e “inaptos”, pela lógica do grande enclausuramento e da sequestração; a seguir, “reconhecendo-se na loucura uma certa especificidade e nas suas manifestações algo de não necessariamente voluntária” (*idem*, p. 36), a exclusão em hospitais, como o já citado Pedro II.

Os primeiros anos de existência deste estabelecimento em terras fluminenses, nos diz Resende (2007), são emblemáticos: aberto para receber pessoas de todo o Império, começa a funcionar já com 144 internos, atingindo a sua capacidade de internação – 350 vagas – ao fim do primeiro ano. O mesmo pode ser dito para os demais asilos abertos na sequência, o que justificaria as solicitações por mais asilos e mais verbas, por mais internações.

Também para Medeiros (1977), a característica e a função de exclusão destas

instituições nos seus primeiros quarenta anos de existência podem ser confirmadas, a partir de um olhar retrospectivo, quando consideramos a constituição de sua “clienela” no período: homens “livres”, na sua maioria pobres, mas entre eles poucos negros (porque ainda escravos), mas uma maioria de “mestiços”. Uma população “errante dos marginalizados das cidades, vadios, arruaceiros, sem trabalho” (RESENDE, 2007, p.39), uma primeira “institucionalização” da criminalização da pobreza em terras brasileiras, também associada ao estigma da loucura. Uma formação de “clienela-público”, contudo, ainda não referendada ao largo de um saber médico-psiquiátrico, visto que a indicação de internação podia advir de outros setores e, muito frequentemente, das freiras, como poderes de polícia e administrativo:

Não só a nosologia psiquiátrica estava fora das instituições (...) como também leigos eram os critérios de seleção da clientele, a juízo da autoridade pública geral, o saber médico não sendo chamado para referendar este processo. Os médicos tampouco detiam poderes administrativos (*idem, ibidem*)

A este respeito, Lopes (1965) nos indica o lugar de “subproduto” ocupado por este louco - também aqui transformada em doença mental - nas relações de trabalho do Estado escravagista, por isso não merecedor de qualquer empenho “curativo” (ainda que falseado).

Contrastando com este período, onde o binômio ‘ordem-desordem’ constitui-se enquanto equivalente social do ‘saúde-doença mental’ emerge também progressivamente no cenário brasileiro a psiquiatria científica e a laicização do asilo. Uma psiquiatria cientificamente “preventivista” e higienista, tal qual anunciada por Costa (*apud* RESENDE, 2007). Não mais uma psiquiatria empírica, mas uma ciência com reconhecimento e respaldo social frente ao emergente capitalismo comercial e industrial, acompanhado da acentuação da marginalidade, a ameaçar o processo de reprodução do novo processo de produção que se configura.

Urbanização acelerada, deteriorização das condições de vida da população trabalhadora, de higiene e saneamento das cidades, proliferação de cortices e favelas, focos de desordem, aglomeração de maltrapilhos nas ruas à espera de trabalho (...), como diz Ruy Barbosa, novos e graves problemas para as quais a psiquiatria das freiras, os asilos provisórios despovoados de médicos eram soluções amadoras (RESENDE, 2007, p. 42)

Psiquiatria materializada na figura de Teixeira Brandão e de Juliano Moreira se

encontra com a Saúde Pública aos fins do século XIX e início do século XX, na tarefa de sanear a cidade: se os focos de infecção eram os cortices, os focos de desordem concretizavam-se nos sem-trabalho, infestando portos e ruas dos agora centros urbanos, obscurecendo e obstruindo o bom andamento e o desenvolvimento urbano e econômico.

Na sua proposta de trabalho – uma recapitulação histórica do material (produzido) pela Liga Brasileira de Higiene Mental na primeira metade do século XX – Costa (2006) atesta o “condicionamento histórico das concepções psiquiátricas” presentes à época (*idem*, p.07) e nos indica o preço que por ventura pagamos pela adesão incondicional a determinadas teorias ou modos de pensar, entre eles a diminuição da potência de vida humana.

Os psiquiatras da Liga inequivocamente acreditavam no que diziam ou queriam fazer. Vou mesmo adiante: comparados a muitos psiquiatras atuais, aparecem como homens apaixonados pelo exercício da profissão. (...) quase todos mostravam um desejo de mudança, de renovação da assistência psiquiátrica, raro em nossos dias. No entanto, malgrado toda boa intenção e toda disponibilidade para acertar, erraram, Humanamente erraram (*idem, ibidem*)

Assim como nos apontaram os autores acima mencionados, para Costa (*idem*), no Brasil dos anos de 1930 e na lógica da Psiquiatria Preventiva, os psiquiatras pensavam ser possível prevenir a incidência das doenças mentais recorrendo às noções de higiene psíquica e racial, inspirados nos modelos da psiquiatria comunitária americana, onde "esta psiquiatria ao ar livre, dizia-se, romperia com os grilhões que Pinel não soubera ou não pudera reconhecer" (*idem*, p. 10). Contudo, ainda para ele, esta psiquiatria também fracassa, uma vez que nasce comprometida com finalidades político-sociais, aquém das questões e problemáticas da saúde-doença mental e uma vez que circunscreveu-se num conjunto de práticas sociais, que vão desde a tutela custodial de sujeitos privados do direito à cidadania até experimentos farmacológicos atuais. Práticas atravessada por uma certa “fantasia totalitária” de controle da imprevisibilidade do sujeito, que só se atualiza por intermédio da força.

Ainda para o autor e no que diz respeito à realidade brasileira, o destino dos loucos pouco mudou do início do século XX até hoje. O mesmo desprezo racista e o mesmo preconceito de classe - tal qual avistado a partir da categorização da primeira “clientela” dos primeiros manicômios - continuam existindo na prática, embora negados na teoria, donde é possível identificar cumplicidade científica da psiquiatria com as



razões de Estado, sendo tanto asilo quanto a psiquiátrica nele praticado, um dos retratos em negativo mais contundente da violência sociopolítica brasileira.

## 5.2. PARQUE MANICOMIAL BRASILEIRO E FLUMINENSE

Neste cenário “assistencial”, o Estado do Rio de Janeiro constituiu-se, ao longo do século XX, enquanto um dos maiores parques manicomiais do país e, de acordo com os relatórios de gestão em Saúde Mental produzido pelo Ministério da Saúde desde o ano de 2006, com a maior concentração de leitos psiquiátricos por 1000 habitantes (0,52) em seu último levantamento, realizado no ano de 2015 (BRASIL, 2006, 2015).

Com histórico assistencial consolidado em torno desta lógica e deste gigantesco “parque” (manicomiais), é possível realizar um panorama retrospectivo do quantitativo das instituições psiquiátricas no estado desde a abertura do Hospício Pedro II.

De acordo com Amarante (2015, p. 92-3), entre os anos de 1910 e 1940 crescem, em todo país e de maneira exponencial, o quantitativo de leitos em instituições psiquiátricas, atingindo-se um total de 24 mil deles ao final deste período. As chamadas “Macrocolônias de Alienados” chegaram a abrigar 16 mil internos de uma única vez, a exemplo da Colônia de Juqueri, em São Paulo. Ainda segundo Amarante (*idem*) é na década de 1960, após o Golpe Civil-Militar de 1964, que o setor saúde passa por um radical processo de privatização, e quando amplia-se de 3 mil para 56 mil o número de leitos privados no país, naquilo que ficou conhecido como a “Indústria da Loucura”.

Ao final da década de 1970, os leitos privados chegaram a 70 mil, todos pagos pelo setor público. Nesta mesma perspectiva, Duarte e Garcia (2013) nos indicam que entre as décadas de 1960 e de 1970, os hospitais psiquiátricos privados quase que triplicaram em relação aos públicos e, na década de 1980, este número aumenta: para cada 4,9 hospitais psiquiátricos privados, havia uma destas instituições gestada diretamente pelo setor público.

De acordo com Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), apesar da crescente mobilização dos movimentos sociais em torno da bandeira “Por uma Sociedade sem Manicômio”, ao final dos anos de 1990 os hospitais são hegemônicos na oferta de “cuidado”, seja pela concentração de investimento a eles direcionado, seja pela grande quantidade de instituições existentes, dificultando os processos de descredenciamento e

desabilitação dos leitos junto ao Ministério da Saúde e de desinstitucionalização dos seus internos de longa duração<sup>37</sup>.

Para Duarte e Garcia (2013), a despeito do importante marco legal e normativo que foi a promulgação da “Lei Paulo Delgado”, é somente em 2004 que o país passa a realizar uma redução mais efetiva dos leitos psiquiátricos cadastrados pelo SUS, principalmente em função da aprovação, pelo Ministério da Saúde, de duas portarias: *primeiro*, a Portaria GM/MS nº 251, de 2002 (BRASIL, 2002), que regulamenta o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH-Psiquiatria), que avalia os hospitais psiquiátricos públicos e conveniados ao SUS; *segundo*, a Portaria GMMS nº 52, de 2004 (BRASIL, 2004), responsável por estabelecer o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, a partir de novos parâmetros avaliativos.

Assim, é ao final da década de 1990 que o quantitativo de Hospitais Psiquiátricos, tanto públicos quanto privados habilitados pelo SUS, começam a diminuir com mais relevância, como pode ser constatado a partir dos dados fornecidos pelo DATASUS (BRASIL, 1998): no ano de 1941, 62; no ano de 1961: 135; no ano de 1971: 341; no ano de 1981: 430; no ano de 1991: 257 e no ano de 1997: 256 hospitais psiquiátricos em todo o país. Ainda que em decréscimo, um número bastante elevado.

Neste cenário, o estado do Rio de Janeiro chegou a contar com 41 hospitais psiquiátricos e com 7.960 leitos cadastrados ao final dos anos de 1990 (SES, 2012).

Mais recentemente, os últimos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) indicam que o quantitativo de hospitais psiquiátricos no ano de 2014 era de 167 unidades cadastradas pelo SUS em todo o país. Destes, 93 unidades na Região Sudeste do país, sendo 25 delas (“Total de Hospitais Psiquiátricos”) no estado do Rio de Janeiro, o que nos colocou, neste último levantamento, como o estado da Região Sudeste com o maior percentual de leitos psiquiátricos para cada 1.000 habitantes: 0,232 (para 0,218 no estado de SP; 0,12 no estado do ES; 0,087 no estado de MG). Os mesmo dados indicam, para o mesmo período, um total de 3.792 leitos/SUS.

Façamos uma contextualização destes hospitais e seus processos de encerramento para, então e em nossa discussão, apresentarmos o quantitativo de internações em instituições psiquiátricas realizadas nos anos de 2013, 2014 e 2015 e, destas, aquelas que dizem respeito às internações compulsórias. Inicialmente, a partir de

---

<sup>37</sup> Periodicidade de dois anos adotada pela Coordenação Nacional de Saúde Mental. Álcool e outras Drogas e anteriormente já citada.

relatórios de gestão e dados gerais fornecidos pelo estado. A seguir, particularizando-as nos municípios estudados.

### **5.2.1 Encerramento das Instituições Psiquiátricas no estado**

Para a apresentação dos dados propostos no âmbito do estado, tomamos como referência o relatório produzido no ano de 2012 pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro/SES-RJ, mais especificamente por sua Gerência de Saúde Mental Álcool e outra Drogas/GSM-RJ, abaixo mencionado. Além de um panorama contendo dados gerais e populacionais do Estado, o referido documento também apresenta o “Plano de Desinstitucionalização” dos asilos do estado a partir do ano de 2012 e as ações já concretizadas até então, como veremos.

De acordo com a GSM-RJ, trata-se de último documento oficial produzido e publicizado sobre a situação das suas instituições psiquiátricas, conveniadas e da Rede Própria, visto que desde o ano de 2009 não houve participação do Rio de Janeiro no Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares/PNASH-Psiquiatria (BRASIL, 2002), o último dele realizado em todo território nacional entre os anos de 2012 e 2014 e com relatório final produzido no ano de 2016 e publicado por intermédio da Portaria GM/MS nº 1727, de 24 de novembro de 2016 (BRASIL, 2016). Outras informações que aqui também constam resultam de pesquisa nas fontes primárias disponibilizadas pelo Ministério da Saúde.

Este documento, intitulado “Relatório da Rede de Atenção Psicossocial no Estado do Rio de Janeiro: Planos de Ação das Nove Regiões de Saúde e de seus Municípios” é assim utilizado visando a realização de um comparativo entre a situação dos hospitais psiquiátricos em todo o estado até o ano de 2012 - ano anterior ao recorte de análise por nós estabelecido - e aquela referente aos anos de 2013, 2014 e 2015, anos de referência de nossa pesquisa.

No ano de 2011 foi constituído o Fórum de Desinstitucionalização Estadual-RJ no âmbito do estado, que passa a acontecer com frequência bimensal, visando acompanhar, monitorar e qualificar os processos de desinstitucionalização em curso, tendo em vista a alta concentração de leitos psiquiátricos no estado: até o ano de 2011, um quantitativo de 3,64 leitos psiquiátricos por 10 mil habitantes, sendo a maior concentração de leitos do Brasil, seguido por São Paulo e Alagoas. A média nacional, à época, era de 1,693/10 mil habitantes (BRASIL, 2012).

Por ocasião, o estado possuía 28 hospitais psiquiátricos especializados. As avaliações destas instituições foram realizadas pelo DENASUS (BRASIL, 2012), em parceria com a GSM/SES. Constatou-se as condições de extrema precariedade destas instituições, especialmente no que diz respeito ao Projeto Técnico Institucional, ao (ausência de) Projeto Terapêutico Singular, à articulação com a Rede Extra-Hospitalar, ao processo de trabalho multiprofissional e em rede e a qualificação e deficiente contingente de trabalhadores, além dos referentes à qualidade da hotelaria. Todas elencadas enquanto indicadores de assistência, tal qual estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 251 (BRASIL, 2002). A SES também indica, por ocasião, o aumento do número de óbitos e, ainda, situações as mais diversas de agravo à saúde, devido a intercorrências clínicas.

O processo de encerramento destes espaços dá-se, segundo a GSM-RJ e até o momento da elaboração do documento-relatório, a partir do processo de negociação e pactuação junto aos gestores dos 92 municípios, gestores plenos de suas Redes, para ampliação da RAPS, incluindo aí cronograma de implantação dos serviços baseado em diagnóstico situacional. Este mesmo processo de pactuação foi feito no ano de 2014 e, a partir dele, um novo desenho da rede de cuidado, que apresentaremos em forma de quadro a seguir. Em ambos os processos, os últimos que dizem respeito a uma pactuação tripartite para implantação e implementação de serviços substitutivos, os indicadores utilizados para avaliação e análise das necessidades de expansão da rede são os mesmos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para todo o território nacional, sendo ele: cobertura de CAPS por 100 mil habitantes; número de internações mensais no período de janeiro a dezembro de 2011; número de pacientes de longa permanência (o estado do Rio de Janeiro, como anteriormente mencionado, estabelece o corte temporal de um ano de internação para designar esta modalidade) e monitoramento, atualização e avaliação dos processos de desinstitucionalização pelo estado.

Abaixo relatamos o panorama dos processos de desinstitucionalização no estado, tal qual descrito em relatório (SES, 2012), e a partir de dados atuais fornecidos pela Gerência por ocasião de nossa entrevista<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> Entre os dados aqui elencados e apresentados, constam ainda aqueles enviados informalmente pelo estado, por correio eletrônico.

Como já mencionado, a série histórica produzida pela GSM-RJ, sistematizada a partir do ano de 2008, indica que foram fechados, até o ano de 2012, sete instituições psiquiátricas restando, ao final deste período, 4.624 leitos psiquiátricos, distribuídos em 28 instituições psiquiátricas em funcionamento em todo o estado.

Inicialmente, os asilos indicados para Descredenciamento pelo Ministério da Saúde, a partir do PNASH/Psiquiatria: 1 – **Hospital Estadual Teixeira Brandão**, fechado em 2005. Unidade estadual, por ocasião do fechamento, sob gestão própria. Neste ano, foram desinstitucionalizadas 80 pessoas, com retorno familiar ou encaminhamento para os 22 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), implantadas para o acolhimento destes internos; 2 – **Hospital Paulo de Frontin**, fechado em 2009 e com processo conduzido pelo Município de Engenheiro Paulo de Frontin, sob supervisão técnica do estado. Neste processo de fechamento, algumas pessoas retornaram para seus municípios de origem e foram criados três SRT; 3 – **Clínica Valência**, fechada no ano de 2007, tendo o processo de encerramento dos leitos SUS coordenado e conduzido pelo município do Rio de Janeiro; 4 – **Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi**, fechada no ano de em 2012, após 12 anos do início de seu encerramento, em 2000. O município de Paracambi possui um dos maiores quantitativo de SRT no estado, 19 ao todo, implantada de modo a receber usuários desinstitucionalizados, principalmente os de longa permanência e os com vínculos, por ocasião já inexistentes, com outros municípios. A GSM-RJ destaca que Rede de Atenção Psicossocial da Baixada Fluminense foi praticamente implantada a partir do processo de desinstitucionalização desencadeado pelo descredenciamento desta instituição, implantação esta realizada com os municípios internantes; 5 – **Clínica Solar Pedras Brancas**: fechada no ano de 2009, mas com os seus 50 internos transinstitucionalizados para a Clínica Santa Mônica, situada no mesmo município (Petrópolis). 6 – **Casa de Saúde Vilar dos Teles**: possuía 240 leitos SUS e fechou em novembro de 2011 por decisão do prestador do serviço. A GSM-RJ acompanhou a retirada dos últimos internos, que foram transinstitucionalizados; 7 – **SAME – Sociedade de Assistência Médica Especializada (SAME de Magé)**: com 104 leitos SUS, fechou em novembro de 2011 por decisão do prestador. A grande maioria dos internos era de curta permanência e, na sua maioria, acolhidos pela Rede.

A seguir, os Hospitais que tiveram seu processo de descredenciamento junto ao SUS, e seu fechamento, executados entre os anos de 2013 e 2016: 1. **Casa de Recuperação Santa Edwiges**, instituição privada, localizada no município do Rio de

Janeiro, fechada em julho de 2013. Por ocasião de seu fechamento, coordenado pela gestão municipal de Saúde Mental, possuía 90 leitos credenciados pelo SUS, internos de outras localidades do estado e já com sua porta de entrada, para novas internações, já encerrada; 2. **Casa de Recuperação Itabapoana Ltda**, instituição privada, localizada no município de Bom Jesus do Itabapoana, com leitos credenciados pelo SUS ainda em atividade por ocasião de seu fechamento, em novembro de 2014; 3. **Clínica da Gávea**, instituição privada, localizada no município do Rio de Janeiro, com novas internações já suspensas antes de sua desativação, pela gestão municipal. Por ocasião de seu fechamento, em janeiro de 2014, possuía ainda nove internos provenientes de outros municípios (três de outros estados e seis da Baixada Fluminense); 4 **Hospital Paracambi Ltda**, hospital privado, com 240 leitos credenciados pelo SUS. Por ocasião de seu fechamento, em outubro de 2015, metade destes leitos ainda estavam ocupados. Os internos, em sua maioria, eram provenientes de municípios da Baixada Fluminense 5. **Instituto Dr. Francisco Spínola**, clínica conveniada com 240 leitos ativos pelo SUS até o ano de 2012 e cujos internos eram em quase sua totalidade munícipes da Capital. Fechada pela gestão municipal em setembro de 2015. 6. **HCTP Heitor Carrilho**, unidade da Secretaria de Administração Penitenciária-SEAP, localizado no município de Niterói, indicada inicialmente para fechamento pela Vigilância Sanitária, tornando-se seu encerramento e Desinstitucionalização (dos internos) objeto de Ação Civil Pública, acompanhados pelo Ministério Público estadual. Processos também acompanhados pela GSM-RJ desde 2012, foi desativado em fevereiro de 2016; 7. **Hospital Colônia de Rio Bonito**, localizado no município de Rio Bonito. Indicado para descredenciamento pelo PNASH-Psiquiatria no ano de 2007, com encerramento de internações ocorrido apenas no ano de 2009. No período entre 2010 e 2011 foi objeto de Termo de Ajustamento de Conduta-TAC tripartite, e em março de 2012 tornou-se objeto de Ação Civil Pública, onde as três instâncias assumiram a responsabilidade pela requisição de serviços, complementados por TAC municipais para instar os municípios internantes à retirada de seus munícipes. Seu encerramento foi concluído no início do ano de 2016; 8. **Hospital Pedro de Alcântara**, localizado no município do Rio de Janeiro e fechado em abril de 2016; 9. **Casa de Repouso Santa Alice/Sanatório RJ**, de natureza privada e localizado no município do Rio de Janeiro, teve seu fechamento concluído em novembro de 2016.

Aqui cabe ressaltar que, embora não haja Hospital e/ou instituição psiquiátrica públicos localizados na Baixada Fluminense, concentrando-se a quase totalidade destas instituições do estado na Capital, a grande parte das pessoas desinstitucionalizadas nos

processos acima referidos eram desta Região. Da mesma forma, parte considerável das pessoas institucionalizadas no estado – um quantitativo menor que as realizadas pela Região Metropolitana II e a região Norte – até o ano em que concluímos este trabalho e de acordo com os dados fornecidos pela GSM-RJ, são também provenientes destes municípios.

Ainda de acordo com a GSM-RJ, até o momento de conclusão deste levantamento, são as seguintes as instituições psiquiátricas em processo de fechamento e de Desinstitucionalização no estado, 06 (seis) ao todo, e que estão com suas **portas de entrada fechadas** para regulação de novas internações. Portanto, instituições que ainda não concluíram o processo de Desinstitucionalização, mas não mais recebem regulação de internação: **1. Instituição Frederico Leomil/Casa de Saúde Alfredo Neves Ltda**, localizados no município de Niterói. Tratam-se de duas clínicas psiquiátricas de natureza privada e com 200 leitos conveniados ao SUS. Funcionaram em mesmo local de maneira irregular e sem novas internações desde o ano de 2011. **2. Clínica Vale do Paraíba/ CLIVAPA**, localizada no município de Quatis. Hospital ainda em funcionamento com a quase totalidade de seus internos, de longa permanência, oriundo da Baixada Fluminense, visto que esta foi a “porta de entrada” preferencial destes municípios para a internação, mesmo sendo este um hospital distante do território e dos seus vínculos sociais e afetivos. A distância também dificulta o acompanhamento dos familiares e das equipes municipais de Desinstitucionalização, o que contribui para que, mesmo com as internações suspensas, ainda esteja em funcionamento. **3. Clínica Nossa Sra. das Vitórias**, localizada em São Gonçalo, de natureza privada e com 360 leitos credenciados pelo SUS, embora nem todos ocupados. De acordo com a GSM-RJ, a baixa qualidade da Rede de Saúde municipal e, particularmente da RAPS e a dificuldade de implantação de SRT’s, é um dos principais impeditivos para que o hospital seja completamente desativado. **4. IMAS Juliano Moreira**, macro-hospital histórico e de natureza pública, localizado no município do Rio de Janeiro, com internações fechadas desde os anos de 1980. Em 2010 havia 680 leitos SUS, em 2011, 480 e em 2012, 400 deless. Um dos velhos pavilhões foi desativado para a construção de SRTs. Há a proposta de reformulação do perfil da unidade e os internos que lá se encontram são os de longa permanência, sem nenhum vínculo familiar e territorial. Tanto a gestão municipal quanto a estadual informam que será um dos últimos sanatórios a ser desativado no estado, visto que suas instalações são hoje utilizadas como moradia. **5. Clínica Santa Catarina**, de natureza privada e localizada no município de São

Gonçalo. Possui 120 leitos credenciados pelo SUS. A instituição está interdita pela Vigilância Sanitária estadual e as mesmas dificuldades referentes ao fechamento da Clínica Nossa Sra. das Vitórias se colocam aqui. **6. Clínica de Repouso Ego**, de natureza privada e localizada no município de Tanguá. Possui 160 leitos credenciados pelo SUS. De acordo com a GSM-RJ, a unidade, criada por professores da Universidade Federal Fluminense-UFF, funcionou de maneira integrada com a rede de saúde e, ao final do ano de 2012, declarou não ter condições de manter a assistência nos padrões assistenciais adequados e solicitou auxílio para a Desinstitucionalização de seus internos de longa permanência, oriundos dos municípios de São Gonçalo na sua maioria.

### 5.3 AINDA INTERNAÇÕES EM PSIQUIATRIA NO ESTADO E CONFORMAÇÃO DA RAPS

Elencamos aqui, também a partir dos dados fornecidos pela GSM-RJ, as instituições psiquiátricas **ainda em funcionamento** no estado até o final do ano de 2017, com internos institucionalizados de longa permanência e também com portas de entrada abertas para a regulação de internações, que perfazem um total de 14, sendo elas:

1. Clínica de Repouso Três Rios, localizada no município de Três Rios;
2. Casa de Saúde Cananéia, localizada no município de Vassouras;
3. Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, localizado no município de Niterói;
4. Hospital de Custódia e Tratamento-HCTP Henrique Roxo (SEAP), localizado no município de Niterói;
5. Hospital Henrique Roxo, localizado no município de Campos dos Goytacazes;
6. Hospital João Viana, localizado no município de Campos dos Goytacazes;
7. Casa de Repouso Santa Lúcia Ltda, localizada no município de Nova Friburgo;
8. Casa de Saúde Santa Mônica Ltda; localizada no município de Petrópolis;
9. Instituto de Psiquiatria IPUB/UFRJ, instituto federal localizado no município do Rio de Janeiro;
10. Instituto Municipal Philippe Pinel, localizado no município do Rio de Janeiro;
11. Instituto Municipal Nise da Silveira, localizado no município do Rio de Janeiro;
12. Hospital Municipal Jurandyr Manfredini, localizado no município do Rio de Janeiro;
13. Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro; único hospital estadual e localizado no município do Rio de Janeiro;
14. Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros, equipamento pertencente à Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP) e localizado no município do Rio de Janeiro.



A série histórica das internações psiquiátricas em todos os estados do Rio de Janeiro - excetuando Capital, que possui um sistema de regulação próprio, como já mencionado, - é constituída a partir dos dados fornecidos pelo Serviço de Regulação Estadual-SER, e organizada pela GSM-RJ. O início de sua catalogação e registro data do ano de 2008 e, até o ano de 2017, é possível identificar um decréscimo no número de internações:

- **2008:** 7.742 internações psiquiátricas em todo o estado. Destas, 1.564 reguladas para municípios da Baixada Fluminense (20,2%);
- **2009:** 5.573 internações psiquiátricas em todo o estado. Destas, 965 reguladas para municípios da Baixada Fluminense (17,3%);
- **2010:** 5.688 internações psiquiátricas em todo o estado. Destas, 811 reguladas para municípios da Baixada Fluminense (14,3%);
- **2011:** 4.813 internações psiquiátricas em todo o estado. Destas, 465 reguladas para municípios da Baixada Fluminense (9,7%);
- **2012:** 4.499 internações psiquiátricas em todo o estado. Destas, 416 reguladas para municípios da Baixada Fluminense (9,2%);
- **2013:** 3.962 internações psiquiátricas em todo o estado. Destas, 357 reguladas para municípios da Baixada Fluminense (9,0%);
- **2014:** 3.463 internações psiquiátricas em todo o estado. Destas, 239 reguladas para municípios da Baixada Fluminense (6,9%);
- **2015:** 2.384 internações psiquiátricas em todo o estado. Destas, 158 reguladas para municípios da Baixada Fluminense (6,6%).

Abaixo, o quadro contendo os dados acima apresentados, por município da Região, nos anos estudados.

**Quadro 1: Internações Região Metropolitana I-RJ (ANO 2013)**

<b>Internações Região Metropolitana I em 2013</b>													
Municípios - Metro I	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Belford Roxo	8	5	10	11	8	2	2		5		2	1	54
Duque de Caxias	15	8	10	7	1	6	12	14	8	12	4	6	103
Itaguaí			1				1						2
Japerí		3	2	3	3	4	3	7	1		5	1	32
Magé	5	2	5	7	2	5	1	2	5	10	5	3	52
Mesquita	3	1	2			3	2	1	1	5		1	19
Nilópolis					2	1	4	3	3			3	16
Nova Iguaçu	1	3	2	2	1	2	3	1	2	1	3		21
Queimados	1		2	2		3	2	1	1	2		1	15
Rio de Janeiro					3		1						4
São João de Meriti	4	1	3	5	1		2	8	2	5	1	2	34
Seropédica				1	2	2							5
<b>Total</b>													357

Fonte: SER-SES (2013)

**Quadro 2: Internações Região Metropolitana I-RJ (ANO 2014)**

<b>Internações Região Metropolitana I em 2014</b>													
Municípios - Metro I	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Belford Roxo	10	8	3	4	4	6	9	5	4		6	5	64
Duque de Caxias	15	7	8		7	4	5	5	10	1	1	3	66
Itaguaí					2	2		1	3			1	9
Japerí	6	1	3	2	4	1	4		1	1		2	25
Magé	2	3	5	5	2	3	3	2	1			1	27
Mesquita	1	3	2	3	2			3	2	1			17
Nilópolis		2	2		1	3	1	1	2		2	3	17
Nova Iguaçu	1	2	3	5	1	2							14
<b>Total</b>													239

Fonte: SER SES (2014)

**Quadro 3: Internações Região Metropolitana I-RJ (ANO 2015)**

Internações Região Metropolitana I em 2015													
Municípios - Metro I	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Belford Roxo	2										1		3
Duque de Caxias						3			1				4
Itaguaí	2												2
Japerí			1					1		2	3	3	10
Magé	1	3	2			1							7
Mesquita			2										2
Nilópolis	2	1	2	2	1	2	1	3	1			1	16
Nova Iguaçu	2	1	4		3		1		1	6	1	1	20
Queimados	1		3		1	3	2	2	2	1	3	2	20
Rio de Janeiro	1		1	1	2	1	1	2	3	7	2	2	23
São João de Meriti	3	1		3	5	3	7	3	3	7	5	4	44
Seropédica		1		1	2					3			7
Total													158

Fonte: SER SES (2015)

As regulações de internações psiquiátricas<sup>39</sup> pelo estado, para todos os seus municípios (excetuando a Capital), respondem a um Protocolo, já mencionado, e a orientações estabelecidas pela GSM-RJ, ambas respaldadas pela Deliberação da Comissão Intergestora Bipartite-CIB-RJ n°. 203 (SES, 2005). Nesta Deliberação pactuou-se que cada município deverá constituir sua Porta de Entrada para o acolhimento, avaliação e indicação de conduta clínica para as situações de transtornos mentais que envolvem risco psicossocial em unidades gerais (hospitais gerais, unidades mistas de funcionamento 24h). Estas unidades gerais serão as unidades solicitantes

<sup>39</sup> Fazemos, no campo, uma diferenciação importante entre “internações em psiquiatria” (realizadas em instituições psiquiátricas, por princípio fora de um “Projeto Terapêutico Singular” e, embora possa acontecer de maneira “voluntária”, na sua maioria dizem respeito àquelas “involuntárias” e compulsórias” e descritas neste nosso texto por intermédio das definições colocadas pela Lei 10.2016) e as “internações em Saúde Mental” (realizadas em dispositivos da RAPS, geralmente de média e curta duração, fazendo parte, ao menos em tese, de um Projeto Terapêutico Singular”, assim com uma descrição prognóstica e acompanhadas por equipe multiprofissional). Neste trabalho, nossas análises e as internações trabalhadas, dizem respeito às internações em psiquiatria, e assim elas serão aludidas.

cadastradas nas Centrais Regionais Reguladoras do Estado do Rio de Janeiro, assim como os autorizadores das internações, também cadastrados, que devem estar vinculados aos Programas Municipais de Saúde Mental e não possuem vínculos empregatícios com as clínicas/hospitais prestadores, conveniados ao SUS. A forma como esta regulação acontece foi apresentada em nossa “metodologia”.

A diminuição progressiva do número de internações em instituições psiquiátricas pode ter acontecido devido à abertura dos Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental, um dos componentes da RAPS (QUADROS 4 e 5) nestes municípios, ao protagonismo e resolutividade da RAPS e dos CAPS no acolhimento e cuidado às situações de crise, mas também frente a possibilidade de que parte desta demanda esteja sendo encaminhadas para as Comunidades Terapêuticas (CT). Todos estes aspectos serão, ao longo deste capítulo, apontadas e problematizadas.

Por fim, Ainda que tenhamos usuários de toda Região internados nas instituições localizadas na Capital, ainda constam munícipes de todos os 12 municípios da Região (inclusive Rio de Janeiro) institucionalizados em outras instituições do estado, sendo o maior quantitativo, ao final do ano de 2017, na Clínica Vale do Paraíba/ CLIVAPA, localizado no município de Quatis.

O número elevado de regulações para todo o estado provavelmente acontece em função da baixa resolutividade da RAPS e da Rede de Saúde Geral na Região Metropolitana II, maior internante no estado<sup>40</sup>.

No que diz respeito à conformação da RAPS no estado, apresentamos algumas considerações anteriores. Como indicado pela Portaria GM/MS nº 4.279 (BRASIL, 2010), a organização da atenção e da gestão do SUS consolida-se num cenário de grande fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas, que expressam, via de regra, grande diversidade entre as suas diferentes regiões no que diz respeito às características demográficas, sócio-econômicas e, também, de necessidades e demandas de saúde.

A partir do ano de 2010, tendo em vista os aspectos acima mencionados e visando uma modificação nestes processos de organização e gestão, Ministério da Saúde redirecionando e intensificando suas ações e serviços no desenvolvimento de uma nova

---

<sup>40</sup> Em dados fornecido pela GSM-RJ, uma outra série histórica contendo internações para todo o estado, e que optamos por não incluir na pesquisa, esta Região, também bastante populosa, executa internações em quantidade maior.

proposta de “Rede”, a então denominada Rede de Atenção à Saúde (RAS), definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (*idem*). Também nesta normativa, são sugeridas cinco Redes “prioritárias”, tidas como estratégicas: Rede Cegonha, Rede de Atenção à Urgência, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas e, por fim, a Rede de Atenção Psicossocial, a RAPS.

De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde/SES-RJ (SES, 2012), três destas Redes foram elencadas enquanto prioritárias em todo o estado: Rede Cegonha, Rede de Atenção à Urgência e Rede de Atenção Psicossocial. A RAPS, regulamentada pela Portaria GM/MS nº 3.088 (BRASIL, 2011), consolida a proposta de (re)organização dos serviços de Saúde Mental já existente em todo o território nacional, acresce novos “equipamentos” e “seguimentos” de saúde enquanto oferta de assistência (denominados “componentes de saúde”) e estabelece novas normativas para seu funcionamento e financiamento (QUADRO 6) e tem, entre seus principais objetivos, ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção, além de garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde num dado território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Destacamos que não é nossa proposta uma análise sistemática destes componentes. Entendemos estes dispositivos de saúde enquanto possibilidade (real) de garantia do cuidado em liberdade, próximo à comunidade, não apenas apetrechos legais e normativos. Contudo, conhecer e seguir suas regulamentações não é garantia de sua consolidação enquanto uma rede viva, construída no cotidiano dos serviços, de maneira integrada ao restante do território e, fundamentalmente, com a participação ativa dos sujeitos acolhidos.

Desta maneira, entendemos esta Rede enquanto parte dos direitos não apenas postulados legalmente, mas conquistados e efetivados para uma parcela da população cujo destino prioritário há pouco mais de uma década não era outro que não o asilo. Seguem os componentes que a constituem:

I – Componente atenção básica em saúde: a) Unidade Básica de Saúde; b) Equipe de atenção básica para populações específicas (equipe de consultório de rua e equipe de

apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório); c) Centros de Convivência

II – Componente atenção psicossocial especializada: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPSad III, CAPSi)

III – Componente atenção de urgência e emergência: a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde

IV – Componente atenção residencial de caráter transitório: a) Unidade de Acolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial

V – Componente atenção hospitalar: a) Enfermaria especializada em Hospital Geral; b) Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas

VI – Componente estratégia de desinstitucionalização: a) Serviços Residenciais Terapêuticos

VII – Componente reabilitação psicossocial

De acordo com a GSM-RJ, para a efetivação desta rede, foi realizada no ano de 2012 a primeira reunião entre os representantes da SES e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde/COSEMS-RJ, momento em que foram pactuados a composição do Grupo Condutor de cada Região de Saúde, a Região inicial de sua implantação e o processo de elaboração do seu “diagnóstico” e “desenho”. É ainda em 2012, em reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), quando foi homologada a adesão do Estado à RAPS, sua implantação em todas as Regiões, bem como a instituição do Grupo Condutor Estadual bem como a aprovação do “desenho” anteriormente proposto para os municípios. É somente a partir destas deliberações que é dado início aos Planos de Ação Municipais e Regionais para sua implantação.

As Regiões Metropolitanas I e II são aquelas que apresentam os indicadores mais frágeis do Estado ao término de nossa pesquisa, podendo ser destacados a baixa cobertura de CAPS e maior insuficiência de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) dada, particularmente, a quantidade de municípios seus institucionalizados. Mais especificamente quanto à Região por nós priorizada, e tomando por contraponto os dados gerais de Saúde Mental do estado, destacamos que ao elencarmos por referência exclusivamente o critério populacional, estabelecido nas portarias Ministeriais, a

cobertura da RAPS pode ser considerada “boa”, havendo em todos os 12 municípios ao menos um dos Componentes da Rede, no caso, o CAPS. Contudo, se considerarmos o perfil epidemiológico da população destes mesmos municípios – em especial a elevada densidade demográfica e populacional, situação de empregabilidade-desemprego e de precarização das condições gerais de vida, distritos sanitários distantes entre si, precariedade da Rede de Saúde geral, e.o. –, em todos eles há um déficit quantitativo de serviços, ou abaixo do que seria necessário para o acolhimento e o cuidado satisfatório à população (SES, 2012).

Abaixo, o formato da Rede-quantitativo de serviços que encontram-se em funcionamento no estado e na Região Metropolitana I, até o final do ano de 2016:

**Quadro 4: Rede implantada no Estado do Rio de Janeiro**

Regiões	REDE SAÚDE MENTAL IMPLANTADA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO									
	CAPS I	CAP S II	CAP S III	CAP S i	CAPS AD	CAPS ad III	SRT	Leitos SHR/M S	Uai	UAa
<b>Total do Estado</b>	<b>47</b>	<b>52</b>	<b>6</b>	<b>31</b>	<b>24</b>	<b>8</b>	<b>211</b>	<b>135</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Baía da Ilha Grande	2	1	-	1	1	-	-	8	-	-
Baixada Litorânea	5	3	-	-	1	-	9	2	-	-
Centro-Sul	8	2	-	1	2	1	21	22	1	-
Médio Paraíba	7	6	-	4	4	-	9	31	-	-
<b>Metropolitana I</b>	<b>-</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>118</b>	<b>49</b>	<b>-</b>	<b>2</b>
Metropolitana II	2	7	-	3	3	-	24	5	-	-
Norte	5	2	1	2	1	1	2	4	1	-
Noroeste	7	1	-	1	1	-	8	2	-	-
Serrana	11	5	-	3	-	1	20	12	-	-

Fonte: Gerência de Saúde Mental/SAB/SES-RJ. Dez/2016

**Quadro 5: Rede de Saúde Mental implantada na Região Metropolitana I-RJ**

Região / Município	Pop Residente – 2014	NÚMERO DE DISPOSITIVOS IMPLANTADOS NA REDE DE SAÚDE MENTAL (Região Metropolitana I – excetuando a Capital)											
		CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	RTs	leitos SHR	eCR	UAi	UAa	
Belford Roxo	479.386		1		1	1			3				
Duque de Caxias	878.402		2		1		1		6	12	1		
Itaguaí	117.374		1		1	1			1	2			
Japeri	99.141		1						1				
Magé	233.634		1			1			1	6			
Mesquita	170.473		1			1			1				
Nilópolis	158.299		1			1			3				
Nova Iguaçu	806.177			1	1	1			6	06	1		
Queimados	142.709		1		1				2				
São João de Meriti	460.711		1		1	1			4		1		
Seropédica	82.090		1		1				1				
<b>Total</b>			<b>11</b>	<b>01</b>	<b>07</b>	<b>07</b>	<b>01</b>		<b>29</b>	<b>26</b>	<b>03</b>	<b>0</b>	<b>00</b>

Fonte: Gerência de Saúde Mental/SAB/SES-RJ. Dez/2016. (Cont.)

Por fim e de acordo com a SES-RJ (2012), a organização das redes de serviços de saúde e o planejamento das ações, na maioria das vezes, ocorrem de forma fragmentada ou parcial, o que dificulta o estabelecimento e concretização das pactuações, questões que refletem em barreiras, físicas e burocráticas, ao acesso da população às ações e aos serviços, apesar da expansão da rede observada nos últimos anos.



### 5.3.1 Dados da Saúde Mental no município do Rio de Janeiro

Como já aludido, a Rede de Saúde deste município possui um desenho particular, uma vez que, desde o início da década de 1990, seu plano interno trabalha com uma divisão da cidade a partir das chamadas Áreas de Planejamento (AP), que contabilizam um total de 10 (dez). As características destas Áreas, no âmbito da Saúde, são consolidadas a partir de uma dinâmica de ocupação da cidade e da rede de assistência em saúde, inclusive para a RAPS.

Assim, como sinaliza a SSM-RJ, a RAPS no município está dividida em três segmentos regionais: **1.** Rede de Atenção Psicossocial Centro-Sul (RAPS Centro-Sul), que abrange as Áreas de Planejamento 1.0, 2.1 e 2.2; **2.** Rede de Atenção Psicossocial Zona Norte (RAPS Zona Norte), que abrange as Áreas de Planejamento 3.1, 3.2 e 3.3 e **3.** Rede de Atenção Psicossocial Zona Oeste (RAPS Zona Oeste), que abrange as Áreas de Planejamento 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3.

De acordo como o Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2013), o cronograma de expansão desta rede está expresso nas metas estabelecidas no Plano Plurianual/PPA 2014-2017, com a priorização de implantação de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad) a cada ano, dada a necessidade de ampliação ao atendimento dos usuários com demandas em “álcool, crack e demais substâncias psicoativas” (*idem*), além de qualificação dos profissionais – cuidadores e técnicos de referência dos CAPS – que referendam os SRT’s. Por fim, também neste Plano consta que os CAPS representam, atualmente, os centros nodais do atendimento aos usuários mais graves da rede.

Assim como realizado junto à GSM-RJ, também a Superintendência de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro/SSM-RJ participou da construção dos resultados desta pesquisa por intermédio de entrevista, além da disponibilização de documentos e relatórios elaborados por sua área técnica. As informações contidas no “Plano”, acima citado, acabam por se confirmar na fala da coordenação do município: a expansão da RAPS tem sido impulsionada principalmente pelos dispositivos e ações do campo do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas – as ações intra e intersetorial que demandam – e pela necessidade de ampliação dos serviços para acolher à demanda colocada pelos processos de desinstitucionalização, mais intenso nos últimos cinco anos e que gerou maior rotatividade nos serviços, já alto, em função da alta densidade populacional no território.

A Rede, no município, possui algumas particularidades com relação ao restante do estado. Destacamos, fundamentalmente, a gerência e presença de incentivo financeiro municipal para a viabilização e concretização da Desinstitucionalização: além do Programa de Volta para Casa/PVC, duas outras “bolsas” municipais; total extinção das instituições psiquiátricas privadas conveniadas ao SUS no ano de 2017; a presença de Unidades de Acolhimento (adulto) e o recurso de gestão utilizado para atender aos mandados de Internação Compulsória, como adiante veremos.

Até o final do ano de 2017 a sua RAPS é assim constituída:

**1. Componente da Atenção Básica:** 07 (sete) Consultórios na Rua/CnR (02 no Centro; 02 na A.P 3.1; 01 na A.P 3.2; 01 na A.P. 3.3; 01 na A.P. 5.1), articulação com Clínicas da Família;

**2. Centros de Atenção Psicossocial:** 33 CAPS ao todo, sendo quatro (04) CAPSad III, dois (02) CASad II, quatro (04) CAPS III, oito (08) CAPSi e 14 CAPS II;

**3. Serviço Residencial Terapêutico:** entre as modalidades I e II, 84 ao todo;

**Quadro 6: Cronograma Anual de Implantação de Residências Terapêuticas no Município do RJ**

Ano	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Quantidade RT Implantadas	1	0	2	2	3	4	3	1	2	3	4	2	4	15	5	8	3	22
Total de RT	1	1	3	5	8	12	15	16	18	21	25	27	31	46	51	59	62	84
Aumento Quantitativo por ano		0	2	2	3	4	3	1	2	3	4	2	4	15	5	8	3	22
Usuários/Moradores	6	0	16	26	38	58	75	79	87	101	125	136	159	272	301	352	371	444
Aumento Quantitativo por ano		0	10	12	20	17	4	8	14	24	11	23	113	29	51	19	73	

**4. Unidades de Acolhimento:** duas Unidades, sendo ela UAA Cacildis, referendada pelo CAPSad III Antônio Carlos Mussum (Área de atendimento: Barra e Jacarepaguá - AP 4.0) e UAA Metamorfose Ambulante, referendada pelo CAPSad III Raul Seixas (Área de atendimento: Méier e adjacências - AP 3. 2);

**5. Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral:** 15 leitos no Hospital Municipal Evandro Freire; 19 leitos no Hospital Municipal Pedro II; cinco leitos no Hospital

Municipal Lourenço Jorge; 15 leitos no Hospital Municipal Ronaldo Gazola, num total de 54.

**6. Programa de Volta para Casa (PVC):** incluída no “componente de Desinstitucionalização” junto a outros dois tipos de bolsa: 1. Bolsa de Incentivo à Desospitalização (Bolsa Rio) e 2. Bolsa de Apoio à Ressocialização (Bolsa IMAS);

De acordo com a SSM-RJ, a Bolsa Municipal de Incentivo à Desospitalização foi regulamentada pela Lei Municipal nº 3.400 de 17/05/2002, Resolução SMS nº 912 de 16/09/2002 e Resolução SMS nº 942 de 13/12/2002, e objetiva conceder um benefício financeiro para “pacientes” com histórico de internação de no mínimo três anos, até a data da promulgação da Lei, que recebam alta hospitalar e que sejam inseridos na família de origem, em família acolhedora, moradia assistida ou em Serviço Residencial Terapêutico (SRT). É distribuída em duas modalidades: Tipo 1 - incentivo de um salário mínimo para pacientes que ingressem em SRT’s ou serviço similar mantido com recursos da Prefeitura; Tipo 2 - incentivo de dois salários mínimos para pacientes que irão retornar ao convívio com seus familiares, família acolhedora ou moradia assistida. Já a Bolsa de Apoio à Ressocialização (Bolsa IMAS) deriva de um antigo Programa Federal da Colônia Juliano Moreira, após a municipalização em 1996. Concede um benefício social aos idosos internados em caráter de longa permanência desta instituição, visando a ressocialização. São de três “tipos”, chegando a um salário mínimo.

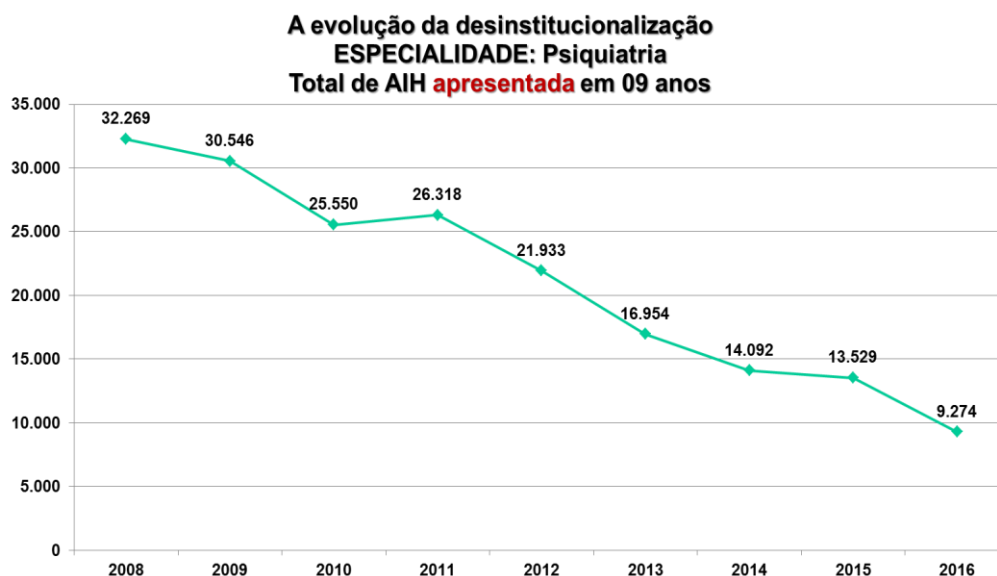
Segundo a Assessoria Técnica de Bolsa da SSM-RJ, em junho de 2017 era este quantitativo de bolsas concedido aos usuários da Rede em processo de Desinstitucionalização: a) Bolsa de Incentivo à Desospitalização (Bolsa Rio): 341 beneficiários; b) Bolsa de Apoio à Ressocialização (Bolsa IMAS): 46 beneficiários; c) Programa de Volta para Casa (PVC): 89 beneficiários.

### **7. Ações de Desinstitucionalização:**

Possuem uma Equipe de Desinstitucionalização, no âmbito do nível central, que trabalham de maneira articulada com os CAPS e demais serviços. No ano de 2014 o município registrava 730 internações de longa duração; ao final do ano de 2015, 622 internações de longa duração. No ano de conclusão de nossa pesquisa (2018), este número era de 346 (em todos eles, incluídos munícipes da Capital, em quase a totalidade, mas também aqueles com origem da Baixada Fluminense e poucos de outros estados).

Abaixo, a “evolução” da desinstitucionalização do município, registrada por intermédio da extinção das Autorizações de Internação Hospitalar/AIH’s, desde o ano de 2008 até o ano de 2006 (última estimativa da SSM-RJ):

**TABELA 01: Total de AHI apresentadas no Município do Rio de Janeiro**



Fonte: SSM-RJ (2017)

Ao final desta pesquisa, o município do Rio de Janeiro conta com seis institutos de psiquiatria em funcionamento, todos de natureza pública, onde ainda residem pessoas em regime de longa duração e que têm trabalhado na lógica de um acolhimento de curta e média internação, sendo eles:

1. Instituto de Psiquiatria IPUB/UFRJ: possui 108 leitos para agudos, destes 90 ocupados<sup>41</sup>;
2. Instituto Municipal Philippe Pinel: possui 95 leitos para agudos, destes 65 ocupados e, destes 95, 11 ocupados por internões de longa permanência;
3. Instituto Municipal Nise da Silveira: possui 77 leitos para agudos, destes 42 ocupados. O “Nise” ainda possui 111 leitos de “longa duração”, destes 88 ocupados;
4. Hospital Municipal Jurandyr Manfredini: possui 80 leitos para agudos, 65 ocupados;
6. Instituto Municipal Juliano Moreira: possui 330 leitos de longapermanência, destes 246 ocupados;

<sup>41</sup> A SSM-RJ considera “agudos ” internações com até no máximo 01 (um) ano de permanência, incluindo aí as urgências e emergências.

7. Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro-CPRJ (único hospital psiquiátrico estadual e localizado no município do Rio de Janeiro): 21 leitos, eventualmente utilizados pelo município.

Desta forma, ao final de nossa pesquisa o município do Rio possuía: a) 360 leitos para “agudos”, as chamadas “emergências psiquiátricas”, 277 deles ocupados (até um ano), em instituições psiquiátricas; b) 422 leitos de longa permanência. 345 deles ocupados.

Assim, a totalidade de Instituições Psiquiátricas da Região está localizada na Capital, perfazendo ao final de nossa pesquisa um total de seis instituições (além dos Hospitais de Custódia e Tratamento, aqui não trabalhados).

### **5.3.2 Dados de Saúde Mental no Município de Nova Iguaçu**

A Rede de Atenção Psicossocial/RAPS do município, até o término de nossa pesquisa, estava composta pelos seguintes equipamentos de saúde:

**1. Componente da Atenção Básica:** 01 Consultório na Rua/ CnR

**2. Centros de Atenção Psicossocial:** 01 (um) CAPS III, 01 (um) CAPS AD, 01 (um) CAPS IA;

**3. Serviço Residencial Terapêutico:** entre as modalidades I e II, 10 (dez) ao todo.

Além, no ano de 2014 foram inaugurados 06 (seis) leitos de “Emergência Psiquiátrica 24h”, em funcionamento na Clínica da Família de Austin que não funcionam habilitados pelo Ministério da Saúde e, segundo a ATSM-NI, intenciona-se transferir estes leitos para o Hospital Geral de Nova Iguaçu-Posse.

Funcionam ainda 17 (dezessete) “ambulatórios de Saúde Menta”, 13 (trêze) deles em Clínicas da Família, 03 (três) em Políclínicas e um Centro Municipal de Saúde, distribuídos, todos oferecendo atendimento em psicologia adulto e infantil e em psiquiatria.

Segundo a GSM-RJ, na última ação envolvendo estado e municípios para a ampliação da RAPS no estado, realizada no ano de 2014 e que redundou nos “Planos de Ação Regionais”, o município de Nova Iguaçu pactuou para o segundo semestre de 2015 a conversão do CAPS ad para CAPS ad III, a implantação de uma Unidade de Acolhimento na modalidade “adulto” (UAA), além da transferência dos leitos de “Austin” para “Posse” e habilitá-los pelas portarias referentes aos Leitos de Saúde

Mental em Hospital Geral. Contudo, segundo a ATSM-NI, nenhuma destas ações foi efetivada.

Algumas características deste município, já mencionadas e com destaque para sua extensão territorial e populacional, fazem com que este quantitativo de equipamentos de saúde seja insuficiente para o cuidado em Saúde Mental. Discutiremos com um pouco mais de cuidado este “cuidado” no capítulo que segue.

**CAPÍTULO 6:**

**JUDICIALIZAÇÃO DO DESVIO: AS INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS  
EM QUESTÃO**

*(...) Voltar a acreditar no mundo. Dirigir-se aos inconscientes que protestam. Buscar aliados. Tramar associações de malfeitores. Fazer pressentir o advento de um povo. Criar e assim resistir, à servidão, ao intolerável, à vergonha, ao persente. Um pouco de possível...*

*(Giles Deleuze)*

*Se antes a propriedade sobre os escravos autorizava a puni-los, torturá-los ou destruí-los, agora continua-se a punir, torturar e destruir seus descendentes para afirmar simbolicamente um tipo de propriedade sobre eles (...)*

*(Alessandro Baratta)*

É indescritível o que se sofre ali, assentado naquela espécie de solitária, pouco mais larga que a largura de um homem, cercado de ferro por todos os lados, com uma vigia gradeada, por onde se enxergam as caras curiosas dos transeuntes a procurarem descobrir quem é o doido que vai ali. A carriola, pesadona, arfa que nem uma nau antiga, no calçamento; sobe, desce, tomba pra aqui, tomba para ali; o pobre-diabo lá dentro, tudo liso, não tem onde se agarrar e bate com o corpo em todos os sentidos (...). Um suplício destes, a que não sujeita a polícia os mais repugnantes e desalmados criminosos, entretanto, ela aplica a um desgraçado que teve a infelicidade de ensandecer, às vezes, por minutos... (BARRETO, 2010, p. 178).

Pois é assim que Lima Barreto (*idem*) nos descreve em seu livro *Diário do hospício. O cemitério dos vivos* a última das suas três internações em instituições psiquiátricas, ocorrida no ano de 1919. O que ele chama de suplicio, mais precisamente, é o fato de ter sido levado, contra a sua vontade, involuntariamente e de forma violenta, para internação.

Quem já teve a oportunidade de presenciar, de perto, uma internação involuntária (seja ela compulsória ou não), sabe que os termos empregados não diferenciam muito daqueles nos relatado pelo autor brasileiro em seu livro escrito, como aludido, a partir de sua experiência com a instituição asilar ainda no início do século XX.

Antes de adentrarmos de maneira mais específica nesta discussão, importante é definir que estamos chamando de internação compulsória os mecanismos previstos na lei e que se efetuam nas ações que tramitam no sistema judiciário - sejam através da solicitação de familiares, dos serviços de saúde ou pelo próprio Estado, via Ministério Público - resultante das ações de judicialização da saúde. Assim, pretendemos problematizar as internações compulsórias, sancionadas pelos Juízes de Direito, que determinam o *tratamento* em regime de internação hospitalar para aqueles tidos ou chamados de “desviantes”. Dispararemos a discussão por intermédio dos mandados de internação que chegaram, nos anos de 2013, 2014 e 2015, nas três coordenações de Saúde Mental pesquisadas, à revelia destes mandados terem sido, ou não, “executados”.

Assim dito, é apenas no ano de 1989 que o Projeto de Lei 3.657 de 1989 (BRASIL, 1989) propõe a substituição da legislação brasileira para a área, que data do ano de 1934, encampando a importante discussão sobre a possibilidade de extinção progressiva dos manicômios no Brasil e as internações neles operados, como ao longo do nosso texto discutido. A também já citada Lei 10.216, que advém do Projeto de Lei acima mencionado, sem dúvida é o marco legal, e também subjetivo, que consubstancia os anseios e lutas pela mudança do modelo assistencial em Saúde Mental em todo o país e, como se sabe, seus artigos e definições legais são fruto de embates de forças e de interesses diversos.

Neste jogo de tensionamento entre os diversos atores sociais que vêm participando da construção – ou da tentativa de desconstrução – do campo, é lugar comum definir a “Lei Da Reforma” enquanto ganho substancial e vitória do Movimento pela Reforma, uma vez que oficializa práticas que redirecionam o modelo assistencial. Contudo, fruto deste embate e de interesses diversos, nela está prevista modalidades de internação em instituições psiquiátricas, além de descritas suas definições e redimensionamentos. E, entre estas internações, além das internações voluntária e involuntária, está prevista a compulsória. Assim, estas três modalidades de internação estão previstas e instituídas, por lei, enquanto “recurso de tratamento” legal.

Nossa primeira preocupação é definir, com clareza, a “natureza” destas internações.

O que há de comum entre elas é a necessidade de acionamento da “competência” e do saber x poder médico-psiquiátricos para sua autorização: “Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que



caracterize os seus motivos” (BRASIL, 2001). E elas são assim definidas em parágrafo único do referido artigo:

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça [...] (*idem*)

O que caracteriza a internação voluntária, fundamentalmente, é a intencionalidade do usuário, tanto na sua “entrada” quanto na sua “saída” da instituição hospitalar: “Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento” (*idem*). E ainda, em parágrafo único: “o término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente” (*idem*).

A internação involuntária, que acontece a revelia e a pedido de terceiros, deve ter tanto sua entrada quanto a saída (“alta”), comunicada ao Ministério Público Estadual num prazo determinado. Destacamos, ainda, que aí a “alta”, o término da internação, é apenas autorizada mediante solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo “tratamento”. Na literatura, ainda é possível encontrar indicação a este “recurso de cuidado involuntário”, como o exemplo abaixo:

A Internação Involuntária deve preencher alguns critérios: A e B: A- Doença mental, exceto transtorno de personalidade antissocial. B- No mínimo um dos seguintes: Risco de autoagressão; Risco de heteroagressão; Risco de agressão à ordem pública; Risco de exposição social; Incapacidade grave de autocuidados (Quevedo, Schmitt e Kapczinski *apud* MACIEL, 2013).

Já a internação compulsória e assim definida na Lei 10.216:

Art. 9º A internação compulsória é determinada, *de acordo com a legislação vigente* [grifo nosso], pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (BRASIL, 2001).

Assim, o marco fundamental e diferencial entre a internação compulsória e as duas outras modalidades é o “convite” ao Poder Judiciário a, junto ao “médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento” (BRASIL, 2001), participar da construção deste “recurso de cuidado” e respaldá-lo.

Depreende-se, pela simples leitura da Lei, que o pedido judicial apenas precisa ser instruído com um laudo médico circunstanciado atestando a necessidade de internação do paciente. No mais, caberá ao juiz competente analisar o pedido e examinar as condições de segurança do estabelecimento para o paciente (COELHO e OLIVEIRA, 2014, p.03)

Destacamos ainda, e junto a Ruiz e Marques (2015), que o Projeto de Lei original da supracitada lei atribuía aos médicos, exclusivamente, o ‘poder’ (de) e a autorização para realizar as internações compulsórias. O texto foi modificado, atribuindo assim ao Poder Judiciário a decisão da internação, desde que alguns critérios fossem considerados e respeitados: “Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes (...) § 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares (...)” (BRASIL, 2001).

Assim, ainda que encontremos no texto da “Lei Paulo Delgado” concessão quanta à possibilidade de Internação Compulsória (a partir do mandato judicial) há, nela, toda uma construção de texto que intenciona circunscrever, ou dificultar, que esta modalidade de internação ocorra, uma vez que indica e solicita que “recursos extra-hospitalares” sejam preferenciais na prestação de assistência a situações de crise<sup>42</sup> em saúde mental e a medida que orienta que a internação seja “vetada” caso a instituição onde a internação será “executada” apresente características de uma instituição total.

Nos alerta Maciel (2013), que as internações compulsórias, sancionadas pelos Juizes de Direito, não raras vezes acaba por determinar o *tratamento* pelo enquadre asilar modificado, como anteriormente dito, apenas salvo deliberação também do Juíz: “interne-se até determinação ulterior deste juízo” o que tem se configurado enquanto uma nova porta de entrada “legal” para o asilo e sua manutenção.

---

<sup>42</sup> Embora haja diferenças “técnicas”, de manejo e encaminhamentos para o que é denominada “situação de crise em Saúde Mental” e “Urgência e Emergência em Saúde Mental”, estas serão aqui tratadas como sinônimo.

Junto a Coelho e Oliveira (2014), destacamos duas características importantes nesta modalidade de internação. Primeiro, a ausência de análise mais profunda do “estado de saúde” da pessoa a ser internada uma vez que, segundo as autoras, basea-se o juiz em um laudo médico prévio que, não raro, é elaborado no momento de crise, desconsiderando-se os demais aspectos da vida, como sua condição social e relações familiares.

Segundo, não menos importante, embora não seja nosso foco de análise, as autoras destacam que art. 9º da Lei 10.216, conforme apresentado, circunscreve esta internação para os casos previstos na legislação vigente no Brasil, assim só possível dentro daquilo determinado por lei. “Isso, porque a ciência do direito é baseada no princípio da legalidade, especialmente no que tange à privação de liberdade” (*idem*, p. 03). Segundo as autoras, atualmente, este escopo de “possibilidade legal” circunscreve-se aos artigos 99 a 101 da Lei de Execução Penal/LEP (BRASIL, 1984), que prescreve a internação de pessoas em sofrimento mental quando incorrem em ato definido como crime pela legislação penal. Contudo, a orientação para esses casos diz respeito ao recolhimento em Hospitais de Custódia e Tratamento/HCT, não na prisão ou em manicômios.

Podemos assim dizer que com a efetivação desta modalidade de internação - além de contrariar os debates e ações em torno do preceito do “cuidado em liberdade”, tão caro à Reforma Psiquiátrica - confere-se uma interpretação inconstitucional à ‘10.216’ e, ainda segundo as autoras e nos moldes em que vem sendo requerida e executada, viola os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da saúde, principalmente quando orientado para os casos de pessoas que fazem uso “abusivo” ou “prejudicial” de álcool e outras drogas.

Apresentamos, a seguir, o quantitativo destes mandados de internação que nos foram apresentados pelo estado, pelos municípios do Rio de Janeiro e de Nova Iguaçu, por intermédio do recurso da entrevista e dos demais documentos já mencionados no texto, seguido de uma discussão acerca destes dados e da forma como estes três entes trabalharam, no âmbito de suas Gestões de Saúde Mental e nos anos de nosso recorte temporal, com a prerrogativa do “fazer-se cumprir”.

## 6.1 DADOS DAS INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS NO ESTADO, NOS MUNICÍPIOS DO RIO DE JANEIRO E NOVA IGUAÇU E MANEJOS DE GESTÃO

Os anos utilizados enquanto referencial e recorte para a análise do quantitativo de mandados para internações compulsórias no estado e nos municípios já mencionados - isso a que chamamos de “Judicialização do Desvio” -, atestam um (seu) aumento significativo no período estudado, como abaixo indicaremos. A partir destes números sugerimos que a maneira crescente como judicializou-se a assistência em Saúde Mental, em particular por intermédio de expedições destes mandados, configurou-se enquanto um recurso de governamentalidade na contramão da diminuição progressiva das internações “gerais” em Saúde Mental no estado (dados acima apresentados). Um contexto de organização social que acolhe a existência do velho e do novo modelo de assistência, efetivando-se por vezes por intermédio de ações impositivas, restritivas de liberdade e flagrantemente amparadas por um sistema médico-jurídico-policial.

De maneira sistematizada, abaixo traçamos um paralelo entre o número de instituições psiquiátricas em funcionamento no estado, o quantitativo de internações psiquiátricas, nas modalidades “voluntária e involuntária” reguladas pelo estado para todos os seus municípios (excetuando a Capital) e, por fim, o quantitativo de mandados para internações compulsória, recebidos por intermédio de seu “setor jurídico”, todos eles referentes aos anos estudados:

**1. Ano de 2013:** 29 instituições (sendo três delas da SEAP); 3.962 internações psiquiátricas em todo os estado; destas, 357 na Baixada Fluminense. **Neste mesmo ano, 302 mandados de internações compulsórias foram recebidas e registadas pela Secretaria de Saúde/GSM-RJ.**

**2. Anos de 2014:** 26 instituições (sendo três delas da SEAP); 3.463 internações psiquiátricas em todo os estado; destas, 239 na Baixada Fluminense. **Neste mesmo ano, 261 mandados de internações compulsórias foram recebidas e registadas pela Secretaria de Saúde/GSM-RJ.**

**3. Anos de 2015:** 24 instituições (sendo três delas da SEAP); 2.384 internações psiquiátricas em todo os estado; destas, 2.384 na Baixada Fluminense. **Neste mesmo ano, 162 mandados de internações compulsórias foram recebidas e registadas pela Secretaria de Saúde/GSM-RJ.**

A partir das falas dos entrevistados da GSM-RJ, partimos de uma informação relevante: os números de internação compulsória tiveram um “boom” no estado e, muito maior e significativamente na Região Metropolitana I, exatamente nos anos estudados

(2013, 2014, 2015), sofrendo decréscimo também bastante significativo a partir de então (2016, 2017). A compreensão deste acontecimento, por parte da GSM-RJ é a que segue. Assim, no âmbito do estado:

1. As Internações Compulsórias diminuíram consideravelmente na Baixada Fluminense no período posterior ao estudado, nos anos de 2016 e de 2017;
2. Nestes mesmos dois anos, a maior parte das Internações Compulsórias na Região Metropolitana I são demandas ao município do Rio de Janeiro;
3. Sinalizam para a possibilidade destas Internações Compulsórias, nestes dois últimos anos, estarem sendo subnotificadas pois não estariam passando pelo “circuito oficial” da RAPS, uma vez que possivelmente sendo executadas ou encaminhadas para as Comunidades Terapêuticas-CT;
4. Destacam, contudo, que não há levantamento “oficial” por parte do estado, seu quantitativo, origem e execução destes possíveis encaminhamentos (assim como não há por parte dos dois (nossos) municípios de referência). Sinalizamos não haver nenhum destes estabelecimentos (CT) habilitados pelo Ministério da Saúde em todo o estado. Assim, embora prevista enquanto possíveis equipamentos de saúde mental na RAPS, regulamentada pela Portaria GM/MS nº 131 (BRASIL, 2012), não há nenhuma destas instituições financiadas no estado pelo Fundo Nacional de Saúde;
5. As entrevistadas enfatizam o fato de que o estado não possui gerencia sobre estes estabelecimentos e que, na maioria das vezes, o encaminhamento dos juízes para as CT é feito sob a denominação de “clínica especializada”, algumas inclusive localizadas fora do estado (majoritariamente para o estado de São Paulo, no sul e para o Espírito Santo, no caso de Campos de Goytacazes, grande internate do estado do RJ);
6. Indicam que, não raro, as “solicitações” de internações compulsórias já chegam ao setor jurídico do estado, curiosamente, com “indicação” do dispositivo de saúde onde o mandado deve ser executado, entre eles os Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral (regulamentados pelas Portarias Ministeriais nº **3088**, de 23 de dezembro de 2011, nº **148**, de 31 de janeiro de 2012, nº **349** de 29 de fevereiro de 2012 e nº **1615**, de 26 de julho de 2012), um dos componentes da RAPS que prevê internações de baixa e média permanência e que, em tese, são referendados pelos CAPS do território. Internações que, por orientação técnica, deveriam constar com “indicação de cuidado” inserida em um Projeto Terapêutico Singular (PTS)

contendo, entre outros, duração. Como vimos, uma lógica contrária à lógica de funcionamento da modalidade de internação compulsória;

7. Destacam que o período estudado corresponde ao início da consolidação (implantação e implementação) da RAPS em todo o país e também no estado do Rio de Janeiro e que, hoje, avaliam esta Rede, nos âmbitos municipais, melhor gestadas e preparadas para o acolhimento às demandas de Saúde Mental e, em particular, àquelas referentes às situações de crise, sendo os CAPS e as Unidades de Pronto Atendimento-UPA, gestadas pela Rede de Urgência e Emergência-RUE, referencias de “retaguarda” importantes;
8. Sinalizam que, de modo geral, quando a GSM é diretamente acionada (pelo setor jurídico ou pelo município de origem da pessoa a ser internada) para intervir, ou auxiliar no que se refere às demandas de internação compulsória (uma vez que não a executa), há familiares envolvidos na solicitação destas internações;
9. Este envolvimento na judicialização da assistência em Saúde Mental, por parte de familiares e segundo a Gerência, deve-se a uma falta de familiaridade (ou dificuldade em “acolher”) com a proposta da Política de Redução de Danos, regulamentada pela Portaria nº 1.028 (BRASIL, 2005), gerando como consequência a solicitação de “tratamento” que priorize a abstinência;
10. Não raro há indicação, pelos próprios familiares ao juiz, do equipamento onde a internação deve ser efetivada. Nestes casos e como mencionado, geralmente em clínicas particulares e nas próprias Comunidades Terapêuticas;
11. Indicam que, nos anos que registram diminuição dos mandados que chegam à Gerência, os municípios da Baixada Fluminense que possuem Leitos de Saúde Metal em Hospital Geral têm sido resolutivos quanto a proposta de “reverter” as internações compulsórias para a modalidade “involuntária”. É a partir da avaliação técnica dos CAPS que, ao responder aos mandados judiciais, justificam a não necessidade de internação de longa permanência e em instituições totais, bem como a possibilidade do cuidado nos dispositivos da RAPS, no território;
12. Destacam que a Nota Técnica e o Protocolos de Internação em Instituições Psiquiátricas-estado (ANEXOS 5 e 4), orientam para a não internação e regulação das demandas de álcool e outras drogas, em nenhuma modalidade. Apenas os “F”, do Código Internacional de Doenças-CID que diagnosticam os “transtornos mentais” (jargão da área) e consubstanciam o laudo circunstanciado, são aceitos pela regulação estadual;

13. As internações em “álcool e outras drogas” são efetivadas, ainda assim, porque aparecem enquanto co-morbidade dos “F”, catalogados como “aceitáveis” (ANEXO 4). CONTUDO, mediante a solicitação de um juiz para Internações Compulsórias, esta indicação técnica é desconsiderada. A indicação textual:

IV- Grupos diagnósticos que NÃO são aceitos como justificativa para internação em Instituições Psiquiátricas, com base na CID 10 - F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas: Quadros relacionados à intoxicação aguda, estado de abstinência complicada, síndrome de abstinência com *delirium*, e/ou transtornos psicóticos (...) Usuários nesta condição devem ser acolhidos em hospitais gerais ou unidades mistas de funcionamento 24 horas (ex: UPAs), devido ao risco de complicações orgânicas. Após a recuperação da fase aguda (a abstinência aguda dura em geral de 3 a 5 dias), deverão ser referenciados conforme o fluxo para pacientes usuários de álcool e outras drogas (SES, 2015, b).

14. Os mandados judiciais podem estar chegando para os municípios e não para o estado, o que significa que estes últimos podem ser elencados como réus “exclusivos” da ação, o que **também** é apontado enquanto fator de subnotificação pelo estado;
15. Levantam a hipótese de que o quantitativo de internações compulsórias pode ter decrescido após 2015 porque familiares e serviços encaminham para a internação involuntária antes de acionar o poder judiciário e por conta da “visibilidade”, ainda que frágil, da RAPS no que diz respeito à inserção e reconhecimento no território;
16. Não descartam enquanto hipótese para a diminuição, ou ausência de registros das “demandas” por internações compulsórias, tanto pelo estado quanto nos municípios e a partir de 2015, uma possível “desassistência”: possibilidade de que determinados segmentos da população, como pessoas em situação de rua ou em situação de vida de extrema precariedade, sequer cheguem à rede de saúde mental;
17. Apontam que há, na equipe do estado, um técnico que monitora as situações de “cárcere privado”. Algumas internações, nas três modalidades, acabam não se efetivando em função de um quantitativo de sujeitos (embora poucos) que não entram em contato com a Rede porque encarcerados pela família;
18. Destacam uma “crença” nas pessoas que estão na ponta (técnicos dos serviços) para que as internações compulsórias tenham diminuído depois de 2015, a despeito dos grandes retrocessos para o setor após o Golpe parlamentar de 2016 e das

dificuldades pelas quais passam o estado, de maneira mais aguda, também a partir de então.

**Quanto aos anos estudados, mais especificamente:**

19. A grande maioria dos mandados de internação compulsória recebidas pelo estado dizem respeito a demandas em álcool e outras drogas, contabilizando, em todo o período estudado, uma média de 90% dos mandados recebidos;
20. A Gerência sinaliza que o aumento considerável das Internações Compulsória nos anos de 2013, 2014 e 2015 coincide com a suposta, e na época propagada, “epidemia do crack”, associando este “boom” a um número menor de CAPSad, Leitos em Saúde Mental e UA’s nas redes de saúde mental municipais;
21. Ainda apontam que, de forma incisiva, a grande mídia “vendeu” as internações enquanto proposta redentora e resolutiva, assumida e replicada pelos familiares dos usuários. Assim enquanto solução para a situação, em detrimento da lógica do cuidado em liberdade, mais arriscado, trabalhoso e demorado. A constituição de uma Rede mais integrada de cuidado em álcool e outras drogas é apontada enquanto um dos fatores contributivos para que os hospitais não sejam necessariamente acionados para a assistência e para a diminuição da entrada das ações de internação pelo estado. Diminuição ao menos pelo circuito “oficial” do cuidado, destacam;
22. Mencionam as movimentações nos territórios provocadas pela intensificação das implantações das Unidades de Polícias Pacificadoras (UPP) pela Secretaria Estadual de Segurança no período estudado - a despeito da avaliação que fazem deste projeto de “segurança” - e que esta intensificação muda o perfil epidemiológico de alguns municípios, em especial onde houve maior ocorrência de implantação, que é a Região Metropolitana I. A ‘movimentação’ do crime, seu deslocamento e migração, mais especificamente o tráfico, a posse de terras, controle por território e a violência urbana específica recorrente na época e neste período, colocaram uma demanda inesperada para as políticas públicas, como a saúde (características que estão sendo “duplicadas” e percebidas em outros municípios, como Paraty, p.e.);
23. Destacam que “muda o cenário social, muda a relação entre a saúde e a justiça”;
24. Citam a importância que assumiu, para a sociedade, para os serviços e também para os operadores de justiça, o importante relatório produzido pela FIOCRUZ (2013), que desconstrói e relativiza a existência de uma “epidemia” do crack;
25. Sinalizam que a questão do medo que foi criado nesta mesma época em torno da figura do “usuário” dificultava o trabalho dos profissionais de saúde, inclusive dos



agentes comunitários. Destacam ainda o medo presentes nas abordagens aos moradores em situação de rua o que, neste período, também justificou a prática de higienização social praticada por intermédio dos recolhimentos compulsórios praticados pelas Secretarias de Assistência, tanto estadual quanto municipal. Neste tocante, destacamos que, no período estudado, foi criada a Secretaria de Estado de Prevenção a Dependência Química (SEPEDREQ), uma Secretaria Especial criada pela Assistência Social e vinculada a Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD), que não necessariamente trabalhava em conformidade com os princípios do cuidado em Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica e que passam a gerir os CARES ad;

26. Apontam ainda o trabalho proposto e realizado pelo Ministério da Saúde - capitaneado pela Fundação Oswaldo Cruz - em parceria com todos os estados brasileiros: o “Caminhos do Cuidado”. Implantado nos anos de 2013 e 2014, objetivou a formação em saúde Mental, Álcool e outras Drogas para Agentes Comunitários de Saúde, técnicos e auxiliares de enfermagem, que atuam na Atenção Básica-SUS. E que o estado do Rio de Janeiro capacitou a quase totalidade destes profissionais, ao menos enquanto “multiplicadores” em seus equipamentos;
27. De acordo com a Gerência, esta ação de Educação Permanente em Saúde permitiu uma maior “sensibilização” dos trabalhadores no que diz respeito à abordagem em AD e também para a diminuição do “medo” e o “preconceito” no que diz respeito, particularmente, a pessoas vivendo em situação de rua, também nas “cenas de uso”. Acreditam que esta proposta de formação tenha contribuído de maneira importante para a qualificação e qualidade do cuidado para o setor e influenciado, ainda que de forma indireta, na prática das internações, em todas as suas modalidades;
28. Ao aludirem este período, destacam os encaminhamentos feitos pela superintendência do município do Rio: cumprir os mandados de internação compulsória nos Leito de Saúde Mental Hospital Geral e realizar, pela equipe de referência do território, uma “avaliação”, com posterior encaminhamento para o acompanhamento pelo CAPS. Lembram que também nesta época nem todas as Internações Compulsórias foram para os Hospitais Psiquiátricos, principalmente entre os municípios onde os componentes da RAPS estavam fortalecidos;
29. Aludem a este período enquanto uma época “desesperadora” no que diz respeito à “Judicialização” e internações, quando o Serviço de Regulação do estado e o setor jurídico eram acionado aos fins de semana com frequência alta;

30. Destacam ainda a particularidade das pessoas que foram desinstitucionalizadas, em quantitativo considerável a partir de 2012, e que podem terem tido reinternações, algumas compulsoriamente, por falta de estrutura da Rede para acolher demanda tão grande. Assim, uma volta ou retorno para o território de maneira “frágil” é um possível fator de aumento das internações compulsórias nos anos estudados. A desinstitucionalização não se encerra com a desospitalização;
31. Por fim, uma questão importante, indicam que a judicialização da loucura por intermédio das internações compulsórias tem diminuído após 2015, mas o estado não deixou de receber processos judiciais, a serem encaminhados e respondidos, porque a judicialização da saúde como um todo não recrudescu.

Nesta entrevista não chegou a ser mencionado um aspecto da gestão estadual importante e um fator que pode ter contribuído para a diminuição do número de internações gerais: o Apoio Institucional (SES, 2012). Através deste recurso de gestão foi efetivada uma maior aproximação entre estado e municípios, por intermédio de visitas técnicas e dos seus Fóruns (Desinstitucionalização, Infância e Adolescência e Álcool e outra Drogas), realizados com periodicidade regular e onde aspectos da gestão e de funcionamento dos serviços, dentre eles a discussão dos processos de trabalho dos técnicos dos serviços, são discutidos.

Através da ferramenta de gestão do apoio institucional, tem acompanhado e apoiado os Programas Municipais de Saúde Mental em todo o Estado, desenvolvendo ações de supervisão clínica, avaliação, monitoramento, qualificação dos profissionais da rede, por meio de espaços de educação permanente, através de reuniões mensais como o Colegiado de Coordenadores Municipais de Saúde Mental, os Fóruns Intersetoriais de Atenção a Álcool e outras Drogas, de Atenção à Criança e Adolescentes. Além destes espaços mensais, a GSM/SES realiza Fóruns Regionais Bimensais, dispondo de dois técnicos apoiadores referidos a cada Região do Estado, sistematizando o acompanhamento e monitoramento junto aos municípios (*idem*).

O documento acima citado também data a implantação de um de seus “Fóruns”, o de Desinstitucionalização, no ano de 2011, que passou a acontecer com frequência bimensal, com objetivo de acompanhar, monitorar e qualificar os processos de desinstitucionalização em curso no Estado.

Uma das discussões encampadas neste espaço, no ano de 2015, girou em torno da efetivação das internações em instituições psiquiátrica “ainda” utilizadas enquanto recurso assistencial pelos municípios.

Discussão “disparada” pelos dois documentos já mencionados (ANEXO 1 e 2), referenda, além dos critérios diagnósticos para internação, também as intenções na modalidade “compulsória”:

V - O estado do Rio de Janeiro não regula internações compulsórias em Clínicas/Hospitais Psiquiátricos. Nos casos de Mandato Judicial para esta demanda, os municípios deverão ser resolutivos quanto ao atendimento das demandas de cuidado em Saúde Mental e, uma vez avaliada a necessidade de internação, que ela seja executada nos dispositivos da Rede, preferencialmente de forma voluntária (SES, 2015a).

E, ao final, uma indicação de gestão:

**Internações Compulsórias:** nos casos de mandato judicial para internações compulsórias em Instituições Psiquiátricas o profissional da Central de Regulação deveá entrar em contato com a Gerência de Saúde Mental Estado do Rio de Janeiro (...) e com o programa de Saúde Mental do município de origem do paciente (SES, 2015b)

Façamos aqui um breve parêntese para destacar a importância, no âmbito da gestão, destes dois documentos para que um novo campo de discussões e de pactuações entre municípios e estado pudesse ser aberto. Discussões e pactuações que, de maneira direta e indireta, podem também ter contribuído para a diminuição das solicitações, pela via judicial, de internações.

Ao (re)orientar os termos - técnicos e de gestão - das internações gerais que poderiam vir a ser reguladas pela central de regulação do estado, coloca-se um tensionamento para que os municípios se responsabilizassem pela resolutividade no cuidado à crise. Destacamos que a “não internação” não necessariamente reflete a “qualidade” do atendimento prestado pelos municípios às suas demanda de Saúde Mental. Contudo, trata-se de um indicador que não pode ser desconsiderado.

Um dos requisitos para a regulação estadual, a partir deste período, é o “conhecimento” e “aval” das coordenações municipais no que diz respeito a estas

regulações, o que impactou numa mudança de lógica de cuidado e também no quantitativo de solicitações.

VII - Por fim, e não menos importante, que todas as internações em Hospitais e/ou Clínicas Psiquiátricas, bem como sua regulação pelo Sistema Estadual de Regulação, sejam anteriormente avaliadas, validadas e acompanhadas pela Coordenação de Saúde Mental de cada município do estado, NECESSARIAMENTE (SES, 2015a).

Além, estabelecem-se os hospitais gerais, as UPAS e os CAPS 24h enquanto equipamentos prioritários na composição da Rede no que se refere ao cuidado à crise. Assim, são estas as “portas de entrada” privilegiadas para o acolhimento, avaliação e indicação da conduta (Projeto Terapêutico) a ser traçada para as distintas situações de saúde mental. Como sinalizado na entrevista, municípios que possuem leitos de Saúde Mental em seus hospitais gerais tendem a acionar com menor frequência e quantidade a regulação estadual.

Por agora e por fim, no âmbito do estado, destacamos um aspecto relevante, também não mencionado no decorrer de nossa entrevista: os anos elencados enquanto recorte de pesquisa são aqueles de organização e realização dos então chamados “Megaeventos”, os “jogos da exclusão” (GRIX e BEGA, 2016) - mais especificamente a Copa do Mundo da FIFA em todo o país, em 2014 e as Olimpíadas de Verão, que aconteceram exclusivamente neste estado em meados do ano de 2016 - e que colocaram todo o Rio de Janeiro enquanto “vitrine” a ser observada.

Para tangenciar estes acontecimentos, destacamos o importante relatório produzido pelo ‘Comitê Popular Rio Copa e Olimpíadas’ - “Dossiê Megaeventos e Violações de Direitos Humanos no Rio de Janeiro<sup>43</sup>” (CPCO, 2015) -, produzido por entidades de natureza civil e que visou acompanhamento, sistematização e publicização de “diversas situações de nítido desrespeito aos Direitos Humanos e ao Direito Coletivo à Cidade” (*idem*). Resultados bastante próximos foram apontados no Dossiê de âmbito nacional.

Período em que presentifica-se uma lógica de higienização da cidade, respaldada e efetivada por algumas ações do poder executivo por intermédio de suas políticas públicas, e que contribuíram para execução de propostas de “limpeza” do território, seja por intermédio da compulsoriedade de abrigamentos e recolhimento involuntário de

---

<sup>43</sup> Conferir também “Relatório Temático Megaeventos, Repressão e Privação de Liberdade no Rio de Janeiro” (RIO DE JANEIRO, 2014)

pessoas em situação de rua; gentrificação dos territórios centrais; expulsão de antigas “comunidades” de seus espaços de pertença e de construção de laços familiares e sociais; da limitação (para alguns segmentos da população) dos espaços de circulação pela cidade àqueles relacionados às atividades de trabalho; endurecimento das estratégias de “segurança” (vide UPP’s) ou, ainda, da judicialização das ações do Poder Executivo e nas suas duas esferas de gestão, aí incluída a judicialização da saúde por intermédio das internações compulsórias.

Alguns destes aspectos serão melhor discutidos mais a diante. Por hora, apresentamos os dados obtidos por intermédio das entrevistas também nos municípios de Nova Iguaçu e do Rio de Janeiro.

A Área Técnica de Saúde Mental do município de Nova Iguaçu nos relata em entrevista, além do fornecimento de relatórios de gestão, que:

1. Como já referido, a partir do ano de 2014 as situações de crise em Saúde Mental do município passaram a ser direcionadas ao denominado “Polo” de saúde, sediado na Clínica da Família de Austin e onde dividem espaço, além da CSF, uma UPA e os seis “Leitos de Atenção à Crise de Saúde Mental”, uma “Emergência Psiquiátrica 24h”, que funciona em um contêiner no distrito de Austin;
2. Relatam que, mesmo após a inauguração destes leitos, no ano de 2014, alguns municípios ainda acionam espontaneamente as emergências do Rio, solicitando, também e para tanto, os serviços do SAMU, Corpo de Bombeiros e Defesa Civil;
3. Estes Leitos não são habilitados pelo Ministério da Saúde, tendo assim seu financiamento advindo exclusivamente da Secretaria Municipal de Saúde, com faturamento realizado pela Clínica da Família (Teto da Atenção Básica);
4. Indicam a intenção de levar estes leitos para o Hospital da Posse (transferência esta já pactuada pela Secretaria de Saúde do Estado e a sua Secretaria desde o ano de 2012 e já repactuado para o ano de 2015);
5. Relatam que estes leitos acolhem demanda de saúde geral (clínica) e de Saúde Mental também de outros municípios, tendo uma procura alta. O número elevado de ocorrências, tanto no que se refere aos seus municípios quanto de demais moradores da Baixada Fluminense é justificado pelo fato de que ali também há maior e melhor acesso à medicação; de que o serviço faz acolhimento de Urgência e Emergência, sem que este se configure enquanto “internação”; acolhem intercorrências clínicas as mais diversas, entre elas a ministração de medicação psiquiátrica de primeira geração por via endovenosa; de que os usuários acompanhados pela CSF acessam os leitos para

receberem Haldol Decanoato e que este “acesso” acaba sendo registrado como “atendimento em Saúde Mental”;

6. Exemplificam com uma média de atendimentos nestes leitos para o ano de 2017: 1.600 pessoas. Dizem todos terem gerado ‘boletim médico’;

7. Destes atendimentos, 253 foram registradas como internação, nas três modalidades previstas pela Lei 10.216, incluindo munícipes e moradores da Baixada Fluminense;

8. A procura elevada é também atribuída à demanda espontânea. Trata-se de um serviço próximo a outros equipamentos de saúde, inclusive o CAPS ad, também localizado no distrito de Austin;

9. Indicam haver uma “porta de saída”, tanto para as internações quanto para os atendimentos de tipo “ambulatorial”: as altas são acompanhadas, majoritariamente pelo CAPS;

10. Relatam assim que as altas, não raro, são direcionadas para os CAPS, mas também para os ambulatórios, o Hospital Geral da Posse (mais “resolutivo” no que diz respeito às comorbidades clínicas). Há, por parte da RAPS, “intenção de continuidade do cuidado”;

11. Austin atende também os moradores das 06 (seis) Residências Terapêuticas, uma vez que possuem “plantão médico 24h”, o que nem sempre é encontrado nos CAPS, nem mesmo o de tipo III;

12. O elevado número de atendimentos de munícipes da Baixada Fluminense é também justificado pela equipe técnica por este ser “uma referência para a Região”, o fato de as ambulâncias do município serem acionadas para “recolher” pessoas que deambulam pela Rodovia Presidente Dutra e pela Avenida Brasil;

13. Apontam que acionavam, para as internações voluntárias e involuntárias até o ano de 2013, as “emergências” do município do Rio de Janeiro e citam, entre elas o Pínel (por demanda espontânea, utilização do SAMU e encaminhamento dos equipamentos de Saúde e Saúde Mental do município), além da regulação estadual para leitos psiquiátricos cadastrados, regulação esta que atendia (*atende*) os critérios de regulação já descritos;

14. Além, também acionavam com frequência e para internações (voluntária, involuntária e compulsórias) clínicas particulares, localizadas no município e que estes encaminhamentos zeraram após inauguração dos leitos de Austin;

15. Relatam que no município, tanto CAPS III quanto o CAPS AD não são porta de entrada para a crise e para a Urgência e Emergência em Saúde Mental, nem mesmo

aquelas decorrentes do uso de substância psicoativas. Utilizam a terminologia “casos mais graves” para justificar este não acolhimento e o encaminhamento para os leitos, além do já citado acesso facilitado para a medicação;

16. Dizem haver a possibilidade de que os dados informados acerca das internações, voluntárias e involuntárias, efetivadas em Austin, sejam subnotificadas. A proximidade com as grandes vias rodoviárias (Dutra e Brasil) possibilita que algumas pessoas em situação de crise sejam “recolhidas” e encaminhadas para dispositivos de outros municípios (preferencialmente Duque de Caxias e Rio de Janeiro);

17. O município também possui e uma Central Regional de Regulação, que “trabalha com o SISREG”, mas não para regulação de internações psiquiátricas, em nenhuma modalidade;

18. Sinalizam que, assim como a orientação “técnica” da ATSM-NI é que as situações de crises de seus munícipes tenha como referencia os leitos de Austin, também SAMU, Corpo de Bombeiros e Defesa Civil não reconhecem os CAPS como possível porta de entrada. Estes mesmos equipamentos e instituições acionam outros equipamentos, como as UPAS, sem que, contudo, os CAPS sejam notificados e “convidados” a participar do processo de cuidado ou sem que a ATSM seja notificada sobre elas;

19. Embora a indicação da ATSM-NI é de que todas as situações de crise sejam atendidas em seus leitos psiquiátricos 24h, o município acionou a central de regulação estadual com frequência regular nos anos por nós estudados: **em 2013**, 21 internações pelo estado; **em 2014**, 14 internações pelo estado; **em 2015**, 20 internações pelo estado. Indicam que os hospitais preferenciais, neste período, foram o Hospital Paracambi Ltda (município de Paracambi e já fechado) e a CLIVAPA (município de Quatis, hoje com portas de entrada fechadas e ainda com munícipes de Nova Iguaçu institucionalizados).

20. Informam o quantitativo de munícipes internados, nas modalidades “voluntária” e “involuntária” nos anos estudados (internações com as características acima descritas), e que são exclusivamente de curta e média duração.

21. Acrescentam que, por tratar-se de município com grande extensão territorial, ainda que a sua cobertura seja considerada “boa”, há a dificuldade de deslocamento por parte dos usuários, por questões financeiras e também pela distância. Assim, “o tratamento se perde”.

**Quanto às internações compulsórias, a ATSM-NI informa que:**

22. Nos anos estudados, apenas em **2013** todos os mandados de internação compulsória recebidos pela Secretaria Municipal de Saúde/SMS-NI, por intermédio da sua

Assessoria Jurídica, foram executados. Cumpru-se assim a determinação judicial, na modalidade requerida. Neste ano, foram recebidos e cumpridos 20 indicações para internações compulsórias;

23. Neste período, os leitos de Austin ainda não tinham sido inaugurados. A ATSM-RJ (que ainda era uma “Superintendência”, hoje extinta) acionava para executar estas internações as clínicas psiquiátricas particulares ou levavam, de maneira direta e por intermédio de ambulâncias do SUS, as pessoas “beneficiadas” pelo mandado, aos Hospitais Psiquiátricos conveniados (particularmente o Hospital Paracambi e a CLIVAPA), estas “aceitas” para internação pelas suas diretorias;

24. Havia, nesta época, um acompanhamento sazonal, não regular, destas internações pelas equipes dos CAPS, mas não a sua maioria;

25. Nos anos de 2014 e 2015, nem todos os mandados judiciais para internações compulsórias que chegaram à SMS-NI foram executados nesta modalidade, mas também na modalidade “involuntária”. Assim todos os mandados resultaram em internações psiquiátricas, ainda que não ‘compulsória’;

26. No ano de **2014**, foram recebidos e cumpridos 48 mandados judiciais para internações compulsórias (uma média de 20% na modalidade “involuntária”);

27. No ano de **2015**, foram recebidos e cumpridos 14 mandados judiciais para internações compulsórias (uma média de 20% na modalidade “involuntária”);

28. Diferente do informado pela GSM-RJ, os mandados de internação compulsória que chegam a ATSM-RJ não são majoritariamente para demanda em álcool e outra drogas. A gestão informa haver um “equilíbrio” entre as solicitações de internação forçada entre os “transtornos” e o “AD”;

29. Informam que as demandas que chegam são, majoritariamente, para homens (cerca de 75%) e para a população que, de alguma forma, encontra-se em situação de vulnerabilidade social (condição sócio-econômica frágil, como moradia, baixa escolaridade ou dificuldade de acesso aos equipamentos de saúde e demais políticas públicas);

30. Indicam não terem realizado um “levantamento” sistematizado acerca destas demandas, não havendo assim informações precisas como “escolaridade” ou “atividade desenvolvida”;



31. Informam que as ações são oriundas, majoritariamente, da 5ª Vara de Família do Fórum de Nova Iguaçu;

32. A partir de 2014 até o ano de 2018, todas as internações que resultam de mandados judiciais, que são executados na modalidade “compulsória” são efetivadas nos Leitos de Austin;

33. Diferente dos outros entes entrevistados, indicam perceber um aumento das internações, inclusive compulsórias, em vésperas de grandes feriados, como os do final de ano e Carnaval. Justificam este “aumento” a uma demanda de “limpeza das ruas”;

34. A ATSM-NI informa que, partir de 2014 até o ano de 2018, todas estas internações seguem algumas resoluções apresentadas pela gestão (o que estamos denominando “manejo de gestão”): a) todas as internações redundam em um “laudo” ou “relatório”, a partir da avaliação do usuário, realizada pelo médico plantonista dos leitos ou pelo médico do CAPS (além do laudo médico que autoriza a internação), o que a gestão denomina “**pedido de entrada com avaliação medica**”; b) Estas internações recebem indicação de acompanhamento pelas equipes dos CAPS; c) Nestes laudos ou relatórios já podem constar indicação e solicitação de “alta”. d) Há um esforço, por parte do município, para que as altas, quando acontecem, sejam acompanhadas pelos equipamento apontados como pertencentes à RAPS municipal;

35. ATSM-NI atribui a diminuição do recebimento de mandados judiciais, mesmo frente às limitações da Rede, a abertura dos leitos de Austin, que passaram a receber demandas espontâneas ou internações na modalidade “involuntária”; a um certo “empenho” das equipes dos CAPS em não “incorrem em reinternações”; a presença de um veículo de uso exclusivo da Saúde Mental, que possibilitou um aumento das Visitas Domiciliares/VD, além de maior quantitativo de medicação disponível;

36. Informam não descartarem a possibilidade desta diminuição acontecer em função da procura - espontânea ou por encaminhamento - pelas Comunidades Terapêuticas existentes no território. Mas a estimativa desta procura não é realizada;

37. Todas as internações feitas nos leitos de Austin, inclusive as compulsórias, possuem “ciência” da coordenação;

38. Outro dado apresentado é que, uma vez por semana, as equipes dos CAPS fazem manejo de “injetáveis”, em especial naqueles usuários “que não vão ao CAPS”, realizado na residência dos usuários;

Destacam ao fim da entrevista e novamente, que Austin é a porta de entrada para as “emergências”, mas que a referencia de Saúde Mental do município são os CAPS, ou

os ambulatórios, “dependendo das demandas”. E que, tecnicamente, o município não orienta que as crises sejam acolhidas nos CAPS, embora possa acontecer: “os CAPS podem até receber, mas encaminham para Austin”, onde novos encaminhamentos para a rede de saúde, em função de “demandas clínicas”, podem acontecer.

Já no que diz respeito à entrevista realizada junto à SSM-RJ, o município do Rio de Janeiro informa que:

1. Entendem que a atenção à crise é um predado das unidades hospitalares, mas também dos CAPS, “fundamentalmente dos CAPS”. Indicam que há, hoje, (08) oito CAPSIII em funcionamento do município, destes 04 (quatro) na modalidade álcool e outras drogas, instrumentalizados para este acolhimento;
2. Contudo, todos os outros CAPS também são “convocados” a participar deste processo;
3. Exemplificam esta “convocatória” com o CAPS infantil Elisa Santa Rosa que, no dia da de nossa entrevista, estava com uma criança em “crise” na Coordenação de Emergência Regional/ CER-Barra (em outra localidade chamada de “CORE”), trabalhando para que ela não fosse internada, mas “atendida entre o CER e o CAPS”. Mesmo não sendo um CAPS III, este equipamento se organiza (“se desdobra”) para evitar as internações. Esta é a diretriz do município para os CAPS;
4. Relatam terem vivido, no passado recente, escassez de recurso e uma situação de crise de gestão municipal. Diz que o ano de 2017 foi um ano “notoriamente difícil” para a Saúde Mental do município, e que estão tentando construir um “2018 diferente”;
- 5- Apontam terem integrado os serviços de atenção psicossocial ao sistema de urgência e emergência geral do município (SISREG). Estes tendo acesso direto ao “Sistema”;
- 6- As equipes que acolhem uma emergência colocam no SISREG a solicitação para uma internação, diretamente. O sistema regula, para onde quer que seja, para onde há vaga;
- 7- Indicam a criação de grupos de whatsapp esta trocarem informação. Grupos denominados “Acolhimento à Crise A.P. (...)”, e compostos pelas CER, equipamentos da Saúde Mental e da Atenção Básica de cada Área Programática e que têm auxiliado, muito, nos encaminhamentos do dia-a-dia, não apenas no que se refere às situações de crise;
- 8- Dizem não possuir, hoje, nenhum hospital psiquiátrico que não seja da SSM-RJ, portanto “não gestados pelo município” (excetuando o IPUB), o que muda o desenho de rede: são “operadores de um sistema onde as unidades executantes são próprias”, o que lhes configura autonomia com relação à regulação estadual;

9- Descrevem estas unidades internantes, existentes no momento da entrevista (todas já descritas acima): 90 leitos IPUB (nem todos estão operando, pois em obras); 80 no Manfredine, 77 no Nise da Silveira, 70 no Pinel. Além, 54 leitos definidos e organizados como “enfermarias de Saúde Mental”, contratualizados para acolhimentos de no máximo 15 dias. Estes não são caracterizados como “urgência e emergência”, uma vez que habilitados com leitos de saúde mental, onde é priorizado o atendimento de usuários que demandam “um certo trato clínico”;

10- Todos estes leitos são regulados pela Central de Regulação (SISREG). Anteriormente, as regulações de internação eram feitas pela própria SSM-RJ, no nível central. Agora são operados pelos médicos reguladores cadastrados, que não precisam ser psiquiatras (vide informação 4);

11- Fazem alusão à situação de crise pela qual passa o país, em especial o Rio de Janeiro e que, mesmo com as iniciativas visando “melhorias”, tem colocado algumas dificuldades: recebimento de insumos e equipamentos, como ambulâncias, contratação de pessoal, folha de pagamento;

12- Informa que, na lógica de cuidado do município, não existe “leito de retaguarda para os serviços” (para o CAPS), o que gerou uma certa resistência na equipe da Área Técnica e dos CAPS, a princípio;

13- Dizem continuar recebendo demandas de internação de pessoas de outros municípios e que há orientação de que acolham as situações de Emergência, sem restrições;

14- Dizem que, dada a situação política do país, a situação da RAPS seria mais complicada caso houvesse, no município, hospitais psiquiátricos privados com leitos “contratados”, o que não há: todos os hospitais conveniados, da Capital, foram fechados (descredenciados) em 2016;

**Quanto às Internações Compulsórias, mais especificamente:**

15- Relatam uma diminuição extremamente considerável das demandas por internação compulsória nos últimos 02 (dois) anos e que estas demandas, hoje, não podem ser comparadas àquelas colocadas à Saúde Mental nos anos de 2013, 2014 e 2015;

16- Relatam que a Secretaria Municipal de Saúde possui uma Gerência de Demandas Instituições/GDI, onde as ações de judicialização “chegam”;

17- Junto à GDI, fizeram o “seguinte acerto”: a) os mandados contendo “demandas individuais em Saúde Mental” (como avaliação psicológica ou em psiquiatria, p.ex.),

que chegam à Prefeitura, são distribuídas por esta “Gerência” para a Superintendência de Atenção Básica/SAB que, por sua vez, os enviam para as Coordenações das Áreas Programáticas (CAPs). Estas coordenações são responsáveis por repassá-las para as unidades de saúde de seu território. As unidades de saúde geral, por sua vez, articulam com os CAPS, que se responsabilizam pelos encaminhamentos das demandas no território e por “responder” às ações judiciais do território;

18- Informam assim que estas demandas de judicialização “individuais” não passam pela SSM-RJ, que “sequer toma conhecimento” das ações. Atestam que, da forma como era encaminhado antes era “impossível”, com “pilhas de ações de judicialização”, chegando todos os dias em “carrinhos de mão” carregados de processos, entre cobranças do Ministério Público, de uma Vara de Justiça ou da Promotoria;

19- Diferenciam estas demandas individuais daquelas denominadas **b)** “demandas institucionais ou coletivas” (p. ex. solicitação de informações sobre os equipamentos, sobre reduções de contratos, sobre o quantitativo de pessoas institucionalizadas e seus processos). Entre estas demandas institucionais enquadram-se os mandados de internação compulsória. Todas estas ações são encaminhadas à Superintendência, assim, “sobem”. A partir de então, a Superintendência “articula” encaminhamentos e respostas ao mandado;

20- Informam que, via de regra, as demandas colocadas pelos mandados de internação compulsória são resolvidos nos próprios CAPS: ao receberem os mandados, solicitam aos CAPS da área de referência que “analise e articule a situação” (que também podem ser feitas pelos leitos de emergência ou pelos Leitos de Saúde Mental). Geralmente esta “articulação” é feita por intermédio de Visita Domiciliar;

21- Dizem que, na maioria das vezes, as internações não são efetivadas. Assim, “desobedecem” ao “juiz”. Mas nem sempre a Vara solicitante aceita este encaminhamento e o mandado é reenviado ou outro é gerado;

22- As situações em que os mandados de internação compulsória são executados, geralmente, dizem respeito àquelas de demandas em álcool e outras drogas e-ou em que não há histórico prévio de atendimento e acompanhamento dos sujeitos pela Rede municipal. Nestes casos, a internação é realizada para qualquer vaga disponível e por intermédio da regulação e, quando possível, registrada na modalidade “involuntária”;

23- Assim, há uma clara indicação para que estas internações aconteçam na modalidade “involuntária”;

24- Dizem que no ano de 2017, p.ex., a imensa maioria destas demandas foi em álcool e outras drogas, outras para crianças e adolescentes, nenhum caso de transtorno mental (“apenas os F”): 22 solicitações, destas 19 para adultos e 03 (três) para crianças e adolescentes;

25- Relatam “muita dificuldade” em falar com a “Assistência Social”, principalmente quando o nível central está desarticulado;

26- Ou que, quando esta articulação é costurada, “a ponta não fala a mesma língua”: alguns “atores” nas unidades da assistência entram em desacordo com alguns atores da saúde também da “ponta”, quanto à melhor condução das situações de cuidado e de assistência. Hoje existem alguns laços, mas continuam sendo um problema e frágeis;

27- Relatam uma boa articulação com as equipes do Consultório na Rua (destas, duas no Centro da cidade), com as Clínicas da Família e UPAS, exemplificando com as unidades que “cobrem” o território da Maré. Mas indicam que, ainda assim, há ações de “recolhimento” nas grandes avenidas, o que retrata um descompasso entre as Políticas Públicas, ainda que também o nível central avalie ações dessa natureza como sendo desaconselháveis, (causando “efeito horroroso, arriscado e violento, com nenhum impacto”);

28- Indicam que esta desarticulação gera “descompasso” de ações nas Políticas, um grande problema citado como um dos responsáveis por fazer “sobrar determinações de internação compulsória em AD”, inclusive direcionadas à crianças e adolescente. “As políticas públicas falham nas suas articulações e resolutividade conjunta”.

29- Dizem, assim, que muitas vezes estas “Políticas” dão “mensagens contraditórias, confusas e atrapalhadas” tanto às suas equipes quanto para a Justiça, que passa a sentir “necessidade” de estabelecimento de algum tipo de “mediação” (mesmo que por intermédio dos mandados de internações compulsórias),

30- Indicam que a Rede começa, aos poucos, a ter uma formatação mais integrada, o que pode ser fator para a diminuição das internações gerais - voluntárias e involuntárias - e as internações compulsórias:

a- Citam novamente os grupos formados em redes sociais, onde as urgências e os equipamento da atenção básica se comunicam, organizando informações com base no território das pessoas que chegam às emergências. Muitas delas não chegam à internação em função desta articulação;

b- Ainda, dizem que todas as “Áreas” fizeram o treinamento do “Caminhos do Cuidados” e que a Educação Permanente em Saúde Mental do município foi

direcionada, enquanto estratégia de investimento, para a Atenção Básica (indicam que o maior investimento em Educação Permanente para o ano de 2018 está direcionado para os cuidadores das Residências Terapêuticas);

31- Indicam ainda uma maior articulação entre a SSM-RJ e os ‘operadores de direito’ enquanto um possível fator para esta diminuição;

32- No que diz respeito à organização de novos leitos para o acolhimento às demandas de urgência e emergência, dizem pretender colocar acolhimento no Hospital Rocha Faria. A princípio, teriam como referência o CPRJ para esta Região, mas o município acaba não contando com esta instituição estadual, acionando-a com pouca frequência e para poucos leitos, mesmo porque só funcionam nos cinco dias da semana, em horário comercial. Não pensam que esta instituição deva ser uma referência de urgência e emergência porque desconectado do restante da rede;

33- Indicam que, para mais adiante, há a proposta de colocar uma enfermaria também no Hospital Souza Aguiar;

34- Por fim, intencionam “passar” ainda no ano de 2018 a emergência do Pinel para o CER-Leblon, fechando seus leitos de emergência, em função de sua baixa resolutividade clínica e ausência de recurso;

35- Informam que as instituições que são reguladas também recebem demandas espontâneas;

36- Informam que, diferente da regulação do estado, quando “necessário”, internam demandas de álcool e outras drogas, apresentando no laudo médico do “autorizador”, o CID “real” de indicação diagnóstica, o que inclui as internações compulsórias. Contudo, reforçam que nesta regulação “evitam os leitos psiquiátricos pela necessidade de acompanhamento e manejo clínico” e que as internações são de curta duração e o cuidado realizado preferencialmente pelos CAPS;

37- Também não referenciam as Comunidades Terapêuticas, não fazem encaminhamentos e não conhecem os dados de “internação” destas instituições, pois ainda não estão dentro do SUS, referindo-se a elas enquanto um “abrigo”. Quando uma dessas instituições solicita auxílio em saúde, uma vez que as portas de entrada do SUS são abertas, as solicitações são acolhidas;

38- Dizem que, contudo, se colocam como “porta de saída” (nunca porta de entrada), com acompanhamentos pela Atenção Primária e a Psicossocial, desde que no território de referência do sujeito;

39- Avaliam ser muito difícil as Comunidades Terapêuticas estarem recebendo as demandas de Internação Compulsória, mas não descartam que o quantitativo de internações no município possa ter diminuído em função da procura “espontânea” a estas instituições;

40- A meta da Superintendência, até ao final do atual mandato, é fechar os hospitais que restam, em especial o Pinel, Nise e Juliano Moreira.

Por fim e no que diz respeito às internações compulsórias, o município do Rio de Janeiro recebeu, no período entre abril do ano de 2013 (momento em que os processos começam a ser “catalogados”) e dezembro de 2015, 153 mandados judiciais de internação compulsória. Destas, 122 diziam respeito a suposto diagnóstico de “uso prejudicial de álcool e outras drogas” e as 31 restantes diziam respeito à suposto diagnóstico de “transtornos severos e persistentes”. Todas elas foram executadas em um dos equipamentos de saúde acima mencionado, seja por intermédio de sua “reversão” para a modalidade de internação “involuntária” e, poucas delas, executadas na modalidade “compulsória”.

A partir do acima exposto, podemos apreender que:

1. Todos os entes entrevistados possuem um setor de “assessoria jurídica”, responsáveis, entre outros, por lidar com as ações de judicialização da saúde e com eles atuam de maneira integrada;
2. Todos eles relataram incômodo, ou apresentaram questionamentos, quanto a estas ações e, particularmente, quanto aos mandados de internação compulsória, no que se refere à sua resolatividade e-ou sua “eficácia terapêutica” e de cuidado;
3. Os três entes pesquisados se organizaram, de maneira estratégica no âmbito da gestão em Saúde Mental, para lidar com os mandados de internação compulsória e demais processos de judicialização da saúde. Constituíram, assim, o que chamamos de “manejo de gestão”;
4. O âmbito estadual desaconselha, claramente, a execução das internações compulsória nos municípios;
5. Os três entes estudados relataram um crescimento exponencial dos mandados de internação compulsória nos anos estudados;
6. Apresentaram “interpretações” particulares para justificar o fenômeno, interpretações e justificativas estas que se cruzam em alguns momentos;
7. Os três entes relatam diminuição significativa das ações de internação compulsória nos anos posteriores àqueles estudados. De maneira geral, todos eles atribuem, com

maior ou menor grau de responsabilidade, uma maior e melhor articulação e fortalecimentos da rede territorial de cuidado;

8. Embora relatem esta diminuição no que diz respeito aos processos de internação compulsória, as ações de judicialização da Saúde Mental continuam sendo registrada com frequência alta;

9. Como acima exposto, esta “melhoria” e maior eficácia da Rede, no município de Nova Iguaçu, não necessariamente atua em conformidade com os preceitos da Reforma, em algumas de suas ações;

10. Há, nos dois municípios estudados, uma orientação para que as internações, resultantes destes mandados sejam executadas na modalidade involuntária. No município do Rio de Janeiro com mais clareza e no município de Nova Iguaçu de maneira difusa;

11. Há, nos dois municípios estudados, uma orientação para que os CAPS sejam resolutivos quando do recebimento de um mandado para internação compulsória. No município do Rio de Janeiro com mais clareza e resolutividade e no município de Nova Iguaçu de maneira menos clara e resolutiva;

12. Quando perguntados sobre os dois documentos que orientam as internações gerais em psiquiatria, elaborados e compartilhados pela gestão estadual, o município do Rio de Janeiro relata ter ciência deles, mas que sua “regulação” funciona de maneira distinta. O município de Nova Iguaçu relatou não os conhecer;

13. Os dois municípios estudados acompanham, por intermédio de sua Rede, tanto a porta de entrada destas internações, quanto a porta de saída. Segundo relatam, há a indicação para que os sujeitos internados sejam acompanhados ainda nos leitos pelas equipes dos CAPS e para que sejam encaminhados também para eles, na “alta”;

14. Os dois municípios estudados relataram que, em todo o processo de internação, desde a chegada do mandado, passando pela internação (ou não) e à alta, outros equipamentos de saúde da rede municipal presentifiam-se no processo, em maior ou menor grau;

15. Todos os entes estudados relataram existir a possibilidade de diminuição dos mandados de internação (geral) e compulsória em função de uma procura por algum tipo de assistência fora da rede de saúde (no caso, as Comunidades Terapêuticas);

17. Os dois municípios estudados relataram que a grande maioria dos mandados para internação compulsória dirigem-se para sujeitos adultos, jovens homens, que apresentam alguma precariedade em suas situações e condições de vida;



16. Por fim, excetuando o município de Nova Iguaçu, os dois outros entes estudados indicaram que a grande maioria dos mandados de internação compulsória que para eles chegam apresentam demanda em “álcool e outras drogas”;

18. Todos os entes estudados possuem uma “equipe” própria destinada às ações de Desintitucionalização. Estas ações aconteceram a partir do ano de 2010 e se intensificaram nos últimos anos, nos três âmbitos, paralelamente aos aumentos dos mandados de internação compulsória.

## 6.2. ALGUNS ATRAVESSAMENTOS

Como esclarecemos anteriormente nos “percursos metodológicos”, não era nosso objetivo, ao iniciar a pesquisa, adentrar a discussão acerca dos critérios diagnósticos utilizados enquanto justificativa médico-jurídica para as internações compulsórias. Faremos, contudo, uma breve discussão a este respeito, consubstanciada pela orientação teórica que nos propomos a utilizar para conduzir a nossa pesquisa e a partir do que foi enunciado pelos dados reunidos.

Matos (2009) nos indica que, apesar da discussão encampada por vários setores que engendram as políticas públicas voltadas para o tema das “drogas” no país, e da inquestionável sensibilização da “comunidade civil” em torno do tema, as políticas brasileiras ainda vinculam-se, de maneira estreita, às propostas de políticas internacionais, principalmente a estadunidense de criminalização e repressão.

Segundo Trad (2009) até o século XIX, o uso de substâncias psicoativas era regulado, majoritariamente, pelos controles sociais informais e pelo autocontrole. É na passagem para a sociedade urbano-industrial, que tanto a medicina científica moderna, enquanto “instituição (*de controle social*, grifo nosso), quanto o Estado, se colocam como instâncias máximas no controle das drogas e dos usuários, a partir de então instrumentalizando o chamado modelo proibicionista de drogas” (*idem*, p.96).

Escohotado (1995) também nos indica que a origem desse “paradigma” pode ser localizado nos EUA no início do século passado, resultante de uma aliança entre os modelos oriundos da medicina e da farmacologia científica e a perspectiva jurídico-legal. A partir de então, internacionaliza-se o movimento proibicionista, tornando-se algumas novas regras sobre o consumo de drogas hegemônicas no Ocidente, também com o respaldo da Organização das Nações Unidas, como nos sinaliza o mesmo autor.

Aprofundando um pouco mais esta abordagem, Castel e Coppel (1991) diferenciam três formas de controle das drogas que atuam no corpo social: 1. Os *heterocontroles*, onde as instituições possuem uma dupla função, a de defesa social ou da saúde pública e a proteção do indivíduo “drogadito”, tido como incapaz de administrar seu consumo e solicitação de “ajuda”; 2. Os *controles sociais*: que dizem respeito a ações informais de regulação exercidas na interlocução entre diversos agentes sociais e o usuário de drogas em instituições e situações diversas (escola, família, trabalho, espaços públicos, na rua, pela televisão); e 3. O *autocontrole*: que se refere à conduta do usuário e é exercido pela regulação do uso e pela manutenção de uma “boa relação” entre o indivíduo-usuário e a sociedade em que vive.

Segundo Garcia *et al* (2008), a primeira regulamentação em território nacional sobre a questão das drogas data do ano de 1938, a partir do Decreto-Lei nº 891 de Fiscalização de Entorpecentes (BRASIL, 1938) e posteriormente incorporada ao Código Penal de 1941 no seu artigo 281 (BRASIL, 1941). Ambos possuindo como princípio a normatização do uso de drogas no país, através de um rigoroso controle repressivo sobre produtor e consumidor. Estes, a partir de então, considerados como criminosos.

Assim também no Brasil no início do século XX institui-se, progressivamente, um modelo de prevenção alinhado à visão proibicionista, centrado na ilegalidade das drogas, na repressão e na abstinência, sendo a partir da Era Vargas que se cria uma legislação que, pela primeira vez, pune o usuário de drogas. E o Estado passa a assumir, de acordo com Trad (*idem*) duas formas distintas, e conflitantes, de abordagem das drogas: uma primeira liberal – que diz respeito às drogas legais; uma segunda intervencionista e punitiva – que diz respeito às drogas ilegais.

Para este último autor e no tocante à Saúde Pública, o movimento de repúdio às drogas e consequentes legislações em seu desfavor contou com a participação direta dos princípios médicos-sanitaristas do início do século XX, ao elencarem as drogas como substâncias que provocam danos nocivos aos sujeitos quando não sob as rédeas dos seus saberes (medicamentos, p.e.), fazendo com que o combate às drogas passe também a ser uma questão para este setor.

Como discutido até aqui, até bem pouco tempo, instituiu-se enquanto principal proposta de assistência em Saúde Mental a internação dos sujeitos em instituições psiquiátricas. E, habitando esta lógica manicomial, instituiu-se também o estreitamento

do relacionamento entre o louco e o usuário de drogas, ambos participes nas classificações das doenças mentais pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993).

Um pouco mais adiante, no período da ditadura civil-militar brasileira, também marcada de maneira significativa pelo movimento da contracultura, incorpora-se no imaginário popular a vinculação entre drogas e delinquência juvenil e a alienação político-social (OLMO, 1990). Também de acordo com Batista (1985), numa tentativa de desestabilização dos setores de oposição à ditadura, passa-se a relacionar tanto as substâncias quanto o tráfico a atividade de “subversão política”, recrudescendo a repressão contra as drogas elencadas como ilegais e os seus usuários. Para Trad (2009), neste período há uma associação mais evidente entre restrições ao consumo e intolerância frente às diferenças socioculturais, legitimando-se as ideias proibicionistas sob a égide do paradigma médico-moral. Uma maneira outra de adaptação do modelo médico ao modelo jurídico.

Pra Batista (*idem*), quando o estado circunscreve e limita a abordagem ao consumo de substâncias à delinquência e/ou à patologia, elencando-a ao status de “flagelo social” (como percebido mais recentemente no período da “epidemia do crack” e a proposta de que era “possível vencê-lo”), via de regra esta abordagem sobrepõe-se às regulamentações espontâneas e tradicionais dos controles societários, como acima mencionadas.

O modelo intervencionista do estado, resultado da fusão do discurso moral do século XIX com o discurso médico do início do século XX adquire, assim, o formato prevencionista na Saúde Pública. Um binômio delinquência-enfermidade, que também devem ser controlados pela exclusão ou pela normatização e, como indica Comelles, (1985), por intermédio da “guerra”, do seu “combate” e pela “abstinência” (do consumo).

Um aspecto importante nesta discussão diz respeito à “natureza ética” que orienta esta escolha: num modelo mais clássico, como apontado acima por Castel e Coppel (1991), a lei considera os indivíduos como adultos responsáveis pelo seu consumo e pelos possíveis danos causados. No modelo intervencionista, por sua vez, os sujeitos são consideradas não apenas perigosos, mas também “não-autônomos”, o que tem justificado – o que a nós causa bastante espanto – a defesa das práticas de internação involuntária e compulsória inclusive por profissional da área (pesquisadores e trabalhadores dos CAPS). Como nos reforça Colon (2001), uma (escolha de) posição jurídica do Estado, paternalista e proibicionista, considerada legítima pelos espectros

mais amplos da sociedade, ao vender a ideia de “proteção da liberdade” do indivíduo (usuário), bem como da proteção dos direitos de terceiros e do bem estar de todos”.

A ideia que se fortalece é aquela que diz que, se o uso de drogas – a partir da perspectiva de saúde – é uma doença, nada mais natural que o tratamento seja a internação, baseada na abstinência integral de todas as substâncias. Proposta perigosa, como mostra os dados aqui levantados, da qual ainda não nos livramos por completos. Novamente colocada e naturalizada uma “necessária intervenção” para o campo das ciências da saúde aliadas às práticas de controle social pelo sistema judicial. Um bom exemplo desta comunhão é a proposta de “Justiça Terapêutica”<sup>44</sup>.

É somente durante a abertura política, em meados da década de 1980, que a abordagem ao tema adentra em terrenos mais conflituosos, criando-se “dissidências” em torno do paradigma proibicionista, e nos mais diversos setores sociais. Autores como Massad *et al* (2006) apontam para o surgimento - e a necessidade de redução de sua incidência - da epidemia de HIV/AIDS enquanto fator importante na construção deste processo. As propostas de Redução de Danos, inicialmente implantada em São Paulo no ano de 1989 (MARQUES e DONEDA, 1999), despontam enquanto uma abordagem alternativa àquelas tradicionais e instituídas e buscam um contraponto ao idealismo moralista da política vigente.

Também neste momento, as práticas instituídas de internação (dos loucos designados “portadores de transtornos severos e persistentes”, ou para aqueles “doentes” pelo “uso prejudicial-abusivo” de álcool e outras drogas - ou ainda, agudizando-se o espectro de patologização - para aqueles “portadores de transtorno mental associado ao uso de drogas”) ganha um contraponto importante, colocados pelo Movimento da Reforma, pelo de novos discursos de “prevenção”.

A partir da redemocratização do país, o modelo proibicionista de drogas incorporado à saúde pública passou a ser problematizado pelas ciências humanas e pela própria ciência médica que questionavam a abordagem contraditória do Estado, apresentando uma nova perspectiva sobre as drogas e os usuários (TRAD, 2009, p. 98)

Neste período também intensificam-se as pesquisas sobre contextos de consumo, de produção e sobre ressignificação social do uso de substâncias, que promovem

---

<sup>44</sup> De acordo com Ribeiro (2007, p.07), Justiça Terapêutica é uma “[...] política dirigida àqueles indivíduos apreendidos com substâncias ilícitas e enquadrados no art. 16 da Lei de Entorpecentes nº 6.368 de 1976, ou que tenham cometido delito sob efeito de tais substâncias”.

mudanças importantes de perspectivas: das drogas para a dinâmica de consumo, da “substância” aos grupos de consumidores, e.o.

O tensionamento dos diversos atores sociais em torno da temática, contudo, é uma constante. Partindo da realidade colocada por este tensionamento, e a despeito destas décadas de desconstrução e de reconstrução das políticas públicas e de abordagens do estado, apresentamos alguns aspectos relevantes: 1. O claro retrocesso no campo da Saúde Mental e na abordagem em álcool e outras drogas, vivenciado no país principalmente após o ano de 2016; 2. Os dados apresentados acerca dos mandados de internação compulsória que chegaram aos entes estudados dizem respeito, majoritariamente, às demandas de álcool e outras drogas (excetuando para o município de Nova Iguaçu, onde há uma paridade entre as demandas para os chamados “transtornos severos e persistentes” e aquelas para internação de usuários “prejudiciais” de substâncias); 3. A construção progressiva de um “compartilhamento” do perfil do “desviante” - daqueles que representam no imaginário social ameaça à segurança e à ordem pública - entre o “louco perigoso” e o “drogadito”. Este último e a partir da perspectiva que aqui apresentamos e dos dados apresentados, “alvo” preferencial do controle biopolítico.

Guareschi, Lara e Ecker (2016), em um trabalho e recorte temporal bastante próximos àqueles realizados por nós, novamente sinalizam que, um recurso que deveria ser a última estratégia de cuidado, a internação compulsória passa a ser objeto de discussões e de disputa de interesses de maneira mais incisiva recentemente. Enumeram o crescimento recente desta modalidade de internação – embora já fosse prática recorrente no país anteriormente – enquanto possíveis consequências da proposta de Projeto de Lei nº 7.663/2010 (BRASIL, 2010) do então Deputado Federal Osmar Terra que, “além de outras providências, altera as disposições referentes à internação compulsória, priorizando a institucionalização psiquiátrica em detrimento de outros tipos de intervenções”.

Este Projeto de Lei acaba por ser aprovado pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas/CONAD (CONAD, 2018) no ano de conclusão de nossa pesquisa. Novamente apresentada pelo anteriormente deputado, agora Ministro do Desenvolvimento Social, a resolução passa a orientar que as políticas públicas sobre drogas sofram uma mudança profunda de direção: a “orientação central da Política Nacional sobre Drogas deve considerar aspectos legais, culturais e científicos (sic!), em especial a posição majoritariamente contrária da população brasileira quanto a

iniciativas de legalização de drogas” (*idem*). Este é o último marco normativo sobre o longo e secular debate que envolve a “melhor” e “mais eficaz” conduta do estado acerca do tema das “drogas” e a abordagem aos seus usuários. A forma como isto repercutirá, ou não, na condução do que aqui tomamos enquanto objeto de pesquisa, necessitará de um acompanhamento posterior por outros pesquisadores.

Se utilizamos o conceito de biopolítica, tal qual apresentado e sistematizado por Foucault, enquanto a tecnologia de poder que investe na vida, individual e coletiva, visando a eficácia máxima da ação do governo mediante a intervenção na população, também entendemos o enquadramento dado pelo estado acerca da loucura desviante e dos consumidores de substâncias enquanto uma das forma contemporânea mais eficazes de governamentalidade.

Algumas estratégias para tanto, enunciadas e instituídas enquanto verdade, nos são sugeridas por Guareschi, Lara e Ecker (*idem*): entendimento do uso de drogas como um ato criminoso, uma ação contra a própria vida ou contra a harmonia social; elencamento da pobreza ou do habitar a rua (e os rituais de higiene nesta situação circunscritas) como modos de vida a serem combatidos, uma vez que em um patamar inferior a outros modelos de existência pautados pelo consumo, higienismo e pela propriedade particular; estabelecimento da doença mental como algo real – respaldado pela cientificidade médica – que precisaria ser medicada e controlada; noção de saúde mental como diretamente associada a quem tem um determinado estilo de vida, pautado pela lógica da família nuclear, que habita ambientes privados, disciplinada para o trabalho, com consumo regular e conformada com o *modus operandi* do mundo contemporâneo.

Ao esbarrarmos com o tema da internação compulsória, na realidade, esbarramos com a questão do controle sobre a vida e, sobretudo, com a manutenção de um determinado modo de organizar a cidade e o cotidiano das pessoas, que evidencia, por intermédio da relação entre saúde e justiça, secularmente construída, todo um aparato de saberes, profissionais e serviços, que atuam em conjunto e acabam por incluir a vida destes “desviantes” em mecanismos de gestão do Estado, mais especificamente por intermédio de sua judicialização.

Adentramos em todo um sistema operacional de gerenciamento de existências patologizadas, formas de medicalização da vida, de criminalização da pobreza e dos modos de vida não “normatizados”, que acabam por se intensificar a medida que o estado necessita – e não se acanha em lançar mão – das competências, saberes e poderes

destes dois eficazes mecanismos de controle social, “saber psiquiátrico e justiça”. Se dizemos aqui desta “necessidade” (de governamentalidade) é porque o aumento na compulsoriedade das internações, em todos os territórios estudados, acontece justamente no momento em que a circulação, os comportamentos, higiene (social) e a necessidade de segurança, são mais de perto demandados, em função da grande visibilidade a que se expõe o estado nos eventos de proporção mundial, como Copa do Mundo e Olimpíadas, p.e. , dentre outros.

A partir desta compreensão, podemos sugerir que a internação compulsória é uma personificação acabada dos aparatos de controle social. Para Guareschi, Lara e Ecker (*idem*), a fim de racionalizar o cotidiano - a lógica de estado que trabalha com o propósito de não permitir que as ações dos sujeitos sejam aleatórias – estabelece-se para cada conduta um fim desejado, ao menos virtualmente. Um exemplo próximo e concreto diz respeito à já mencionada (suposta) “epidemia de crack”.

Fiore (2013) nos indica que, para além do dividendo eleitoral que o “problema do crack” assumiu (e), a questão presentifica-se enquanto motivador para a tomada de decisões nas esferas federais, estaduais e municipais, privilegiando soluções rápidas que ignoram evidências (de pesquisa e advindas do acúmulo de experiências no “cuidado”), afrontam direitos e direcionam-se para grupos específicos de pessoas que ocupam regiões marginalizadas das cidades, em especial nas grandes metrópoles do país. A existência – a persistência em existir – dos “cracudos”, na época da suposta epidemia de uso comparados às baratas e a zumbis, torna-se, progressivamente e socialmente, insuportável porque não se esconde, porque é visível.

O mesmo autor define, em uma frase e com exatidão, os termos dos episódios de violência travestida de “assistência” voltada para este público: “uma tática de limpeza dos espaços, travestida de ‘cuidado aos dependentes’, por meio da retirada higienista de populações indesejadas” (*idem*, p.03). Seja pela compulsoriedade do abrigamento ou das internações.

Ao desmistificar a relação direta e automática que foi construída entre “consumo (de substâncias)” e “violência-crime”, Fiore (*idem*) denuncia o engendramento de tribunais de “campanha”, “no qual juízes e promotores, auxiliados por médicos, decidirão em algumas horas quem será tratado por meio do confinamento” (*idem, ibidem*), a despeito da solicitação da Organização Mundial de Saúde/OMS para que os países abandonem a prática de internações compulsórias, uma vez que geradora de violações de direitos humanos, além do cuidado ineficaz, onde os contextos de vida dos

sujeitos não raro são ignorados e que a adoção de políticas outras – como reinserção no mercado de trabalho, reforço dos vínculos comunitários, educação formal, de acesso aos cuidados básicos de higiene e saúde – é escanteada.

Se em *Os Anormais* Foucault (2010b) elenca as figuras que constituem o domínio da anomalia – o monstro humano, o indivíduo a ser corrigido, a criança masturbadora - engendrada pela modernidade e que progressivamente adentram no campo da “anormalidade”, a contemporaneidade também parece ter engendrado a sua figura monstruosa, perigosa, a ser invisibilizada e excluída e, em última instância passível de ser devolvida à morte: aquele à margem da produção formal ou nela precarizado, e-ou envolvido, na forma do consumo ou do tráfico, com algum tipo de substância arbitrariamente elencada como ilegal. Construção com características bastante próximas daquelas apresentadas pelos autores utilizados na descrição da conformação da primeira “clientela” das instituições psiquiátricas brasileiras.

Para Rauter (CFP, 2018), uma sociedade partida, como a nossa, delega ao poder de repressão de um grupo, de uma instituição, a exclusão e repressão do “outro”. Se a categorização deste grande outro, à época da ditadura civil-militar, foi construída e associada à figura do comunista, do jovem subversivo, aos poucos este lugar, ainda para Rauter, vem sendo ocupado pelo “preto, pobre, favelado” e pelo “traficante varejista”, passando os espectros mais conservadores da organização social a identificar os seus problemas nesta parcela da população. Brasilino (CFP, 2018) nos diz que, a partir desta identificação, e de seu endosso, uma série de violações passam a ser justificadas. O processo de construção deste “inimigo” acontece bastante respaldado pelas políticas proibicionistas, estas excludentes, classistas, racistas e relacionadas a territórios e a populações específicos.

Coimbra, Lobo e Nascimento (2008, p. 98), nos sinalizam que “sempre estiveram de fora dos direitos à vida e à dignidade os segmentos pauperizados e percebidos como marginais: deficientes de todos os tipos, os desviantes, os miseráveis”. Não a toa é esta a temática apresentada por Foucault (2014), ao discutir o “grande enclausuramento” e o processo de institucionalização do asilamento. Na mesma lógica, Rauter (2014) acusa vivermos numa “democracia” para poucos quando analisa o atual panorama de violência e alargamento das estruturas e ações penais e de criminalização direcionadas principalmente a um segmento da população.

(...) Os habitantes das cidades brasileiras costumam não considerar como semelhante o jovem, negro e pobre, que é



geralmente visto como suspeitos (...) e por essa razão não têm afetos de comiseração por suas mortes. Esse e outros fatores comprometem a capacidade de estabelecer laços afetivos horizontais que permitam a um povo se revoltar, construindo saídas coletivas. A produção (...) de nossos afetos, faz parte das artes de governar e nossa contemporaneidade construiu para isso tecnologias complexas (RAUTER, 2014, p. 08)

Concordamos com Guareschi, Lara e Ecker (2016, p. 06) quando nos dizem que as estratégias de regulação da vida, sua governamentalidade, constituem experiência políticas perpassadas por modelos e gerenciamentos das condutas e de estatização das suas dinâmicas, como a exemplo das internações compulsórias. Como ao longo do texto discutido, uma forma de fazer operar em conformidade, num deslizamento, Norma e Lei.

Assim visualizamos, a partir dos materiais e dados levantados, o funcionamento desta “lei”, por intermédio da judicialização do desviante, atuando como “norma”. Um *continuum* - com suas marcas e constituições históricas, com finalidades definidas - entre os aparatos jurídicos aos aparelhos médicos, psicológicos, psiquiátricos, nas suas funções reguladoras, tal qual já discursado por Foucault (1977). Ou ainda, Estado, polícia, profissionais da saúde e família, formatando um conjunto de tecnologias governamentais (FOUCAULT, 2004a). Percepção social da loucura como algo a ser estigmatizado, excluído, potencialmente perigoso, como lugar da ausência de obra e da desrazão. Percepção social do “drogadito”, com características semelhantes. Ambos sujeitos aos poderes de normalização e de normatização, sujeitos à legitimidade conferida à internação, também agora dentro da “legalidade”.

Aos sermos convidados a pensar acerca das escolhas éticas que envolvem e constroem as práticas de gestão e de cuidado em Saúde Mental, esbarramos nas “estratégias e manejos” que, nos anos estudados, operaram paralelamente: lógica de gerenciamento da vida e preceitos e princípios da Reforma.

Como equacionar estratégias e práticas de gestão que, ao mesmo tempo, se perfilam, alinham e respondem **a um e a outro** interesse? Este contrassenso atualiza-se ao visualizarmos os dados e ações apresentados: curiosamente, nos anos em que acontece uma maior entrada e investida de ações de internação compulsória é também o momento em que se intensificam as ações de encerramento de leitos e hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização.

Ainda, a medida que crescem em volume as demandas judiciais, as ações de judicialização, parece ter sido também o momento em que as três gestões de Saúde Mental organizam-se em torno de estratégias para delas escapular, ainda que de maneira parcial, frágil ou nem sempre resolutiva. Uma tentativa, ou apontamento em direção a algumas saídas, no sentido da possibilidade de usar, e instrumentalizar, o próprio equipamento estatal na construção de outros contornos. Práticas direcionadas para a afirmação da vida e não apenas para o seu “enquadre”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sugerimos, em especial se considerarmos os dados aqui apresentados, que as práticas de recolhimento do desajuste, do desvio, do inadequado, acontecem em momentos de maior tensionamento do tecido social. Trabalhamos, no início da pesquisa, com a hipótese de que a judicialização da Saúde Mental, por intermédio das internações compulsórias e da maneira como vinham sendo operadas, configurariam um retrocesso nas lutas e conquistas encampadas pelos Movimentos da Reforma Psiquiátrica. Nossa hipótese inicial foi parcialmente e de maneira bastante particular confirmada, e por motivos diversos e outros que aqueles a princípio levantados, como buscamos sistematizar em nossa ‘discussão-atravesamento’: ao trabalharmos as informações disponibilizadas pelas gestões, percebemos que as ações do aparelho de estado, na direção de exclusão dos seus indesejados, recrudescer de maneira mais contundente no período estudado - assim, num período específico - recrudescimento este confirmado também (e através de) em dois de seus municípios.

Se, num determinado momento da história, utilizou-se da *lettre de cachet* enquanto mecanismo de punição aos desafetos do “corpo social” e do “corpo do rei”, a escalada de interdições perpetrada pelos poderes instituídos na contemporaneidade se atualizam, nos seus próprios termos.

A patologização e a medicalização da loucura, sua construção e enquandre enquanto doença mental, garantiram à psiquiatria um lugar de prestígio no controle dos “perigos sociais”. Esta, ao conseguir progressivamente imiscuir suas prerrogativas - que vão desde Pinel, ao renovar o legado de “déficit permanente” de Galenao e de “mal moral” dos pensadores eclesiásticos medievais, passando pelo conceito de monomania homicida de Esquirol, à patologização dos comportamentos na atualidade - no direito penal e à “justiça”, a eles empresta, de modo determinante, noções que até os dias de hoje legitimam a institucionalização daquilo considerado como indesejado. Distintos saberes, distintas formas de exercício de poder, contudo convocados e convidados a intervir e a resolverem problemas de desajustamento em situações definidas e definidas como problemas.

Coimbra (2003, p.08) nos diz que, ainda que não exclusivamente no espaço do Judiciário, mas principalmente nele, tem sido legitimada não apenas a superioridade de um saber considerado e afirmado como objetivo e neutro, mas também a inferiorização

e desqualificação dos espaços ocupados pelos chamados diferentes, anormais, os que incorrem em “ilícito”. Pelos “perigosos”, enfim, que necessitariam de constante vigilância, monitoramento e tutela.

Como vimos, na Itália do final da década de 1970, a Lei 180, ao regulamentar o Tratamento Obrigatório Sanitário, estabelece e compreende o cuidado em Saúde Mental como obrigação e responsabilidade dos serviços de saúde para com os sujeitos, não como ‘sanção legal ao paciente’. Rompem, ou escolhem ética e politicamente romper, com o estatuto de periculosidade social atribuído ao louco, com as tutelas jurídicas, bem como com a internação compulsória e com o tratamento coagido. Alteram assim, como sinalizado por Silva (2015), as relações de poder nas quais a loucura insere-se, na medida em que a desvincula da figura do inimigo. Uma construção de “sujeitos de direito” não mais, ou exclusivamente, intermediada pela tutela do estado: “outras regras e normas são estabelecidas para o controle dos corpos, mas estes agora são chamados a responder por si”. Medidas que, de certo modo, colocam em suspeição a relação secular entre psiquiatria e justiça.

No Brasil, a despeito do histórico e incomensurável avanço colocado pela aprovação da Lei 10.216, ao início dos anos 2000, a articulação arbitrária entre loucura e periculosidade social se mantém. A legislação brasileira ainda abriria brechas, como mostramos ao longo do texto, para que algumas parcelas da população, ou “categorias de sujeitos”, sofram sequestro. Embora esteja nesta lei indicadas claras restrições para as práticas de internação não consentidas, parece-nos também que o estado server-se de seu estatuto de legalidade para perpetrar a exclusão em momentos em que a higienização da cidade se faz, aos menos teoricamente e nos seus termos, necessária. As leis, neste sentido, não apenas respaldam a garantia deste direito fundamental que é a saúde, mas podem ser interpretadas como princípios formais que, através de suas regulações jurídicas, instauram uma determinada proposta de ordem social e de regulação do cotidiano. Tal qual a psiquiatria.

Temos, a partir desta duas “normativas”, duas maneiras distintas de encaminhar situações semelhantes. Numa, a instauração do dito louco enquanto sujeito por excelência do contrato social. Nesta lógica, considerado como pessoa capaz de reproduzir-se socialmente, potente em suas capacidades, valorizada em seu saber sobre si e com poder de decisório sobre o “cuidado” a ele ofertado. Uma “loucura” que convocaria relações de poder menos verticalizadas, em que os saberes, já não exclusivos do médico, abrem espaço para uma confluência de outros saberes,

não apenas técnicos, e onde o mandato social de controle social da imprevisibilidade “perigosa” pode, ao menos potencialmente, diluir-ser. Noutra, instaurariasse precedentes para que se ausente um querer manifesto do cidadão, ainda que “louco” ou “drogado”. Uma negação do sujeito, objeto da ação judicial, passível de sofrer sequestro.

As ambivalência entre a governamentalidade e as estratégias de gestão apontadas pelo texto, na verdade, resultam da tentativa de atualização destas duas virtualidade e destas duas possibilidades. Como cada um, cada coletivo, cada grupalidade que se reúne em torno de seus processos de trabalho, cada equipe que se constitui para gestar uma política pública, pode encontrar suas respostas para o mal-estar inerente à vida e às demandas por ela apresentadas e colocadas? Pensamos que uma, dentre as muitas possibilidades, é colocar em suspenso - mesmo fragilmente - alguns desses elementos universais, no texto apresentados, enunciados como verdades. Tomando-os não como necessariamente as únicas diretrizes para trabalhar com as diferenças colocadas ao campo da saúde mental. Tentando romper com os padrões de cuidado colocados e instituídos.

De certo que não existem prescrições já formatadas, mas a possibilidade de consentir com os furos em torno do qual ideais e práticas podem se constituir, dando assim lugar a respostas que possam brotar da “vida vivida”. Por algumas brechas, desnudar cálculos e estratégias de controle no campo das práticas sociais, constituídas em cada época.

## REFERÊNCIAS

- ADORNO, S. Direito, violência e controle social. In. SCAVONE, L. (Org.). O legado de Foucault. São Paulo: Unesp, 2006.
- ADORNO, S. Michel Foucault. O direito na política moderna. Cult. Revista Brasileira, São Paulo, n. 5, p. 19-21, 2015.
- AGAMBEN, G. Homo sacer. O poder soberano e vida nua I. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2003.
- AGAMBEN, G. Estado de Exceção. Homo Sacer II. São Paulo: Boitempo, 2004.
- AGAMBEN, G. O que resta de Auschwitz. O arquivo e a testemunha. Homo Sacer III. São Paulo: Boitempo, 2008.
- ALBUQUERQUE JÚNIOR, D. M. Quebrar o olho, furar o ovo, fazer a corte: a História da Loucura na Idade Clássica como história do silêncio e de uma obscenidade, 2013. In. VEIGA-NETO, A. (Org.) O mesmo e o outro. 50 anos da História da Loucura. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.
- ALMEIDA FILHO, N. O que é saúde? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- AMARANTE, P. (Coord.) Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. Escritos Seleccionados. Rio de Janeiro: Garamond., 2005.
- AMARANTE, P. O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. Uma Aventura no Manicômio: a Trajetória de Franco Basaglia. História, Ciência e Saúde. Manguinhos, vol. 1, 1994.
- AMARANTE, Teoria crítica em saúde mental: textos selecionados. São Paulo: Zagodoni, 2015.
- AMORIM, A.K.A, DIMENSTEINS, M. Loucura e cidade: cenas biopolíticas e incursões (des) institucionalizantes. Revista de Psicologia, v. 21, n. 2, p. 319-336, 2009.
- ANAYA, F. Reflexão sobre o Conceito de Serviço Substitutivo em Saúde Mental: a Contribuição do CERSAM de Belo Horizonte- MG. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004.

ANDRADE, G; VAITSMAN, J. Apoio Social e redes. Conectando solidariedade e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, n. 4, v. 7, p. 925-934, 2002.

ARENDT, H. *A Condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1991.

AROUCA, S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ARTAUD. A. *Escritos de Antonin Artaud. Rebeldes Malditos*. Porto Alegre: L&PM, 1983.

ASENSI, F. D. *Indo além da judicialização: o Ministério Público e a saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro. Fundação Getulio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade, 2010.

ASENSI, F. *Direito à saúde: práticas sociais reinvidicatórias e sua efetivação*. Curitiba: Juruá, 2013.

ASSIS, M. *O Alienista*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2009.

AURELIANO, L.; DRAIBE, S.M. A especificidade do “Welfare State” brasileiro. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006.

BAPTISTA, T.W. F. *Políticas de Saúde no pós-constituente: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivos e legislativo no Brasil*. 2003. Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 2003.

BARATTA, A. *Criminologia crítica e crítica do direito penal*. Rio de Janeiro: Revan, 2002.

BARCELLOS, A.P. A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade humana, 2002. In: BOTELHO, R. F. *A judicialização do direito à saúde*. Curitiba: Juruá, 2011.

BARRETO, L. *Diário do hospício. O cemitério dos vivos*. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

BARROS, D. D. *A Cidadania Tresloucada*. In: AMARANTE, P. & BEZERRA, P. (org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.

BARROS, D. D. *Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber*. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1993.

BARROS, D. D. *Jardins de Abel. Desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Lemos/EDUSP, 1994.

BARROS-BRISSET, F. O. Um dispositivo conector - relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. In: Rev bras crescimento desenvolvimento hum, 20(1), p. 115-127. 2011a.

BARROS-BRISSET, F. O. Genealogia do Conceito de Periculosidade. Responsabilidades. Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 37-52. 2011b.

BARROSO, L. R. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. Disponível em:

<[www.oab.org.br/oabeditora/users/revista/1235066670174218181901.pdf](http://www.oab.org.br/oabeditora/users/revista/1235066670174218181901.pdf)>. Acesso em 10 de jul. 2016.

BASAGLIA, F. Escritos Seleccionados – Em saúde mental e Reforma Psiquiátrica, 1981. In: AMARANTE, P. O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

BASAGLIA, F. A Instituição Negada. Relato de um Hospital Psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BATISTA, N. A penalização do prazer In: SABINA, Maria (Org.). Maconha em debate. São Paulo: Brasiliense, 1985.

BATISTA, V. M. O medo na cidade do Rio de Janeiro: dois tempos de uma história. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

BECCARIA, C. Dos delitos e das penas. Edição eletrônica: Ed. Ridendo Castigat Mores. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/eb000015.pdf>

BECK, U. Sociedade global de risco: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Editora 34, 2010.

BECKER, H. S. Métodos de pesquisa em ciências sociais. São Paulo: HUCITEC, 1999.

BENJAMIN, W. As Teses sobre o Conceito de História. In: Obras Escolhidas, Vol. 1, p. 222-232. São Paulo: Brasiliense, 1985.

BIRMAN, J. A psiquiatria como discurso da moralidade. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BIRMAN, J. e COSTA, J. F. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: Paulo Amarante (Org.). Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

BOBBIO, N. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOTELHO, R. F. A judicialização do direito à saúde. Curitiba: Juruá, 2011.

BRASIL. Decreto de Lei nº. 2.848/40. Código Penal. Rio de Janeiro, 1940.



BRASIL. Decreto Lei 3689 de 3 de outubro de 1941. Art. 281 do Código Processo Penal. Câmara dos Deputados, 1941.

BRASIL. Lei de Entorpecentes nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Presidência da República, 1976.

BRASIL. Lei nº. 3.689/41. Código de Processo Penal. Rio de Janeiro, 1941. BRASIL. Lei n. 6.697/79. Institui o Código de Menores. Brasília, 1979.

BRASIL. Decreto de Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938. Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Câmara dos Deputados, 1983.

BRASIL. Lei nº 7.210/1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, 1984.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Presidência da República, 1988.

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Deputado Federal Paulo Delgado. Projeto de Lei nº 3.657/89. Brasília: Congresso Nacional, 1989.

BRASIL. Projeto de Lei nº. 365789. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília, 1989b.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Presidência da República, 1996.

BRASIL. Lei Federal 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. Brasil, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.o 95, de 26 de janeiro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 251 de 31 de Janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Brasil, 2002.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 52, de 20 de Janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Brasil, 2004.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.028, de 1º de Julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasil, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 01, Ano 01, nº 12, outubro de 2006. Brasília, 2006.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.559, de 01 de agosto de 2008. Regulamenta a Política Nacional de Regulação. Brasília, 2008

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico: IBGE, 2010.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil, 2010b.

BRASIL. Portaria GM/MS nº. 3.088/2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1357, de 02 de julho de 2012. Destina recursos a serem incorporados ao teto financeiro de média e alta complexidade do Município do Rio de Janeiro, para financiamento das ações emergenciais de Atenção Psicossocial. Brasília, 2012.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasil, 2012b.

BRASIL. Projeto de Lei n. 236/2012. Anteprojeto de Código Penal. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.727, de 24 de Novembro de 2016. Dispõe sobre a homologação do resultado final do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/Psiquiatria 2012/2014. Brasil, 2016

BRUYNE, P. et al. Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Alves, 1991.

BURCHELL, G.; MILLER, P. (Orgs.). O efeito Foucault: estudos em governamentalidade. São Paulo: Boitempo, 1991.

CAMPOS, F. B. O Modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as Modelagens de São Paulo, Campinas e Santos. Tese de doutorado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas, 2000.

CANDIOTTO, C. A governamentalidade política no pensamento de Foucault. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2010 (mimeo).

CANDIOTTO, C. Foucault e a crítica da verdade.. Curitiba: Champagnat, 2013. In In. VEIGA-NETO, A. (Org.) O mesmo e o outro. 50 anos da História da Loucura. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

CASTEL, R. A Ordem Psiquiátrica - A idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASTEL, R. A metamorfose da questão social: uma crônica do salário. Petropolis: Vozes, 1998.

CASTEL, R.; COPPEL, A. Os controles da toxicomania. In:EHRENBERG, A. (Org.). Individus sous influence. Paris: Esprit, 1991.

CASTELO BRANCO, G. As resistências ao poder em Michel Foucault. São Paulo: Transformação, 2002.

CASTELO BRANCO, G. Michel Foucault e a Antipsiquiatria. in VEIGA-NETO, A. (org.). O mesmo e o outro. 50 anos de História da Loucura. Rio de Janeiro: Autêntica, 2013.

CASTRO, E. Vocabulário de Foucault. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.

CHIZZOTTI A. Pesquisa em ciências Humanas e Sociais. São Paulo: Cortez, 1991.

CLAUSEWITZ, C. V. On War. 3 v. Tradução do original para o inglês por Michael Howard e Peter Paret. Tradução do inglês para o português por Luiz Carlos Nascimento e Silva do Valle. 1984. Versão em português disponível em: <https://www.egn.mar.mil.br/arquivos/cepe/DAGUERRA.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2017.

COELHO, I; OLIVEIRA, M.H.B. Internação compulsória e *crack*: um desserviço à saúde pública. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, vol.38, nº.101, 2014.

COIMBRA, C.M.B. D.H. e a atuação na área jurídica. In, Os Direitos Humanos na prática profissional do psicólogo. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Comissão Nacional de Direitos Humanos do CFP, 2003.

COIMBRA, C. M. B.; LOBO, L. F.; NASCIMENTO, M. L. do. Por uma invenção ética para os Direitos Humanos. In: **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 89-102. 2008.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v20n2/a07v20n2.pdf>>. Acesso em: 09 maio. 2015.

COLOM, J. Análisis de las intervenciones en drogodependencias en España desde sus orígenes hasta la reducción de daños In: CONFERENCIA DE CONSENSO SOBRE REDUCCIÓN DE DAÑOS RELACIONADOS CON LAS DROGAS. Gestionando las drogas: Barcelona: IGIA, 2001.

COMITE POPULAR DA COPA E OLIMPÍADA. Dossiê Megaeventos e Violações de Direitos Humanos no Rio de Janeiro. CPCO, 2015 (mimeo)

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Tribunal dos Crimes da Paz. 1990. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=x8d1ksPo0xs&t=3s>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Intervenção Militar, efeitos do medo. 2018. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=BeaRTMRWjPE>

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. CNS, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. CNS, 2016

COOPER, D. Psiquiatria e antipsiquiatria. São Paulo: Editora Perspectiva, 1967.

COSTA, F.M (org.). Os melhores contos de loucura. Rio de Janeiro: Ediouro, 2007.

COSTA, J.F. História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Xenon, 1978.

COSTA, N.R. Estado e políticas de saúde pública. Tese (Doutorado). IUPERJ, Rio de Janeiro, 1983. In: RESENDE, H. Política de Saúde Mentalno Brasil: uma visão histórica, 2007.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial - rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Coord.). Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau, p. 13-44, 2003.

DATASUS, 1988. Qualificação de Indicadores do IDB-1998. Leitos hospitalares do SUS (por vínculo). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb1998/fqe03.htm>.

LEONARDIS, O. de. Estatuto y figuras de la peligrosidad social: entre psiquiatria reformada y sistema penal: notas sociológicas. In: Revista de Ciencias Penales, Montevideo, n. 4, p. 429-449. 1998.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. O anti-édipo. Capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

DELEUZE, G. Foucault. São Paulo: Brasiliense, 1988.

DERRIDA, J. A diferença. In: Margens da filosofia. Tradução Joaquim Torres Costa e António M. Magalhães. Revisão técnica Constança Marcondes César. Campinas, SP: Papyrus, 1991.

DONNANGELO, M.C. Medicina e Sociedade. Rio de Janeiro: Biblioteca Pioneira, 1975.

DREYFUS, H. & RABINOW, P. Uma Trajetória Filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Trad. Antônio Carlos Maia e Vera Portocarrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

DUARTE, S.L., GARCIA M.L.T. Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil. São Paulo: Emancipação, 2013

ENGELHARDT JR, H.T. Fundamentos da Bioética. São Paulo: Loyola, 1998.

ERIBON, D. Foucault. Uma biografia. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

EWALD. F. Foucault, a norma e o direito. Lisboa: Veja, 1993.

IORE, M.. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: CARNEIRO, H.; VENÂNCIO, R.P.(Orgs.). Álcool e drogas na História do Brasil. São Paulo: Alameda, 2005.

FONSECA, M. A. Michel Foucault e o direito. São Paulo: Max Limonad, 2002.

FORNAZIER, M..L.; DELGADO, R. Reforma Psiquiátrica na Bahia: desafios e (dez) caminhos. Revista Baiana de Saúde Pública, vol.35, n.2, 2011.

FOUCAULT, M.. Vigiar e Punir: História da Violência nas Prisões. Petrópolis: Vozes, 1977.

FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M. Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão. São Paulo: Graal, 1982.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

FOUCAULT, M. Isso não é um cachimbo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988a.

FOUCAULT, M. História da sexualidade 1: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. O que são as luzes? In **Ditos e escritos II**. Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. Rio de Janeiro: Forense Universitária. Ditos e escritos. 1994, v. 1

FOUCAULT, M. O Sujeito e o Poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, M. A arqueologia do saber. São Paulo: Forense Universitária, 1997

FOUCAULT, M. As palavras e as coisas. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. .A Ordem do Discurso. Rio de Janeiro: Edições Loyola, 1999b.

FOUCAULT, M. Ditos e escritos. 2001, v. 3

FOUCAULT, M. A Verdade e as Formas Jurídicas. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

FOUCAULT, M. O nascimento da biopolítica. Curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 2004a

FOUCAULT, M. Segurança, Território, População. Curso no Collège de France (1977- 1978). São Paulo: Martins Fontes, 2004b.

FOUCAULT, M. A vida dos homens infames. In Estratégia, poder-saber. Ditos e escritos v.4. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004c.

FOUCAULT, M. A evolução da noção de ‘indivíduo perigoso’ na psiquiatria legal. In Estratégia, poder-saber. Ditos e escritos v.5. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004d.

FOUCAULT, M. O poder psiquiátrico. São Paulo: Martins Fontes, 2006

FOUCAULT, M. O governo dos vivos. São Paulo: Martins Fontes, 2008

FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2010a.

FOUCAULT, M. Os anormais. Curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2010b.

FOUCAULT, M. História da Loucura. São Paulo: Perspectiva, 2014.

FREITA, F.; AMARANTE, P. Medicalização em psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1991.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 2007.

GOULART, M.S.B. As raízes italianas do Movimento antimanicomial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

GOULART, M.S.B. De profissionais a militantes: a luta antimanicomial dos psiquiatras militantes nos anos 60 e 70, 2004. Tese de Doutorado, Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.

GRIX, J., BEGA, M. T.S. Megaeventos esportivos e seus legados: uma análise dos efeitos institucionais da eleição do Brasil como país-sede. Rev. Sociol. Polit, vol.23, n.56, p.21-44, 2016.

GROS, F. Situação do curso. In: Foucault, Michel. A hermenêutica do sujeito. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GUARESCHI, N. M. F, LARA, L., ECKER. D.D. A internação compulsória como estratégia de governamentalização de adolescentes usuários de drogas. Estudos de Psicologia, v. 21, n.1, p. 25-35, 2016.

HARRIS, R. Assassinato e Loucura. Medicina, Leis e sociedade no *fin de siecle* . Rio de Janeiro: Rocco, 1973.

KAFKA, F. Um médico Rural. Pequenas Narrativas. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

KINOSHITA, R. T. Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, no1, 2009.

KOENER, A. Punição, disciplina e pensamento penal no Brasil do século XIX. Lua Nova, São Paulo, n. 68, p 205-242, 2006

KRAMER, H. e SPRENGER, J. Malleus Maleficarum - o Martelo das Feiticeiras. São Paulo: Editora BestBolso, 1991.

KRELL, K. A força normativa da constituição. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1991. In: BOTELHO, R. F. A judicialização do direito à saúde. Curitiba: Juruá, 2011.

LA HAYE, J.L. A morte do manicômio. História da antipsiquiatria. São Paulo: Imaginário, 2007.

LAING, R.D. A psiquiatria em questão. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1982.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P.. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LE BLANC, G. História da Loucura na idade clássica: uma história da pobreza. VEIGNETO, A. (org.). O mesmo e o outro. 50 anos de História da Loucura. Rio de Janeiro: Autêntica, 2013.

LEMOS, F.C.S.; GALINDO, D.C.G; COSTA, J.M. Contribuições de Michel Foucault para analisar documentos e arquivos na judicialização/jurisdicionalização. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 19, n. 3, p. 427-436, 2014.

LEVI, P. *É isto um homem?* Rio de Janeiro: Rocco, 1988.

LOPES, J.L. A psiquiatria e o velho hospital. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, p.3-19, 1965. Disponível em: [http://www.abpbrasil.org.br/historia/galeria/a\\_psiquiatria\\_e\\_o\\_velho\\_hospicio.pdf](http://www.abpbrasil.org.br/historia/galeria/a_psiquiatria_e_o_velho_hospicio.pdf)

LOUGON, M. Assistência Psiquiátrica e Co-gestão. *Cadernos de Psiquiatria Social*, nº 2, p. 19-20, 1984.

LOYOLA, M.A. Medicamentos e saúde pública em tempos de Aids: metamorfoses de uma política dependente. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 13, p. 763-778,. 2008.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática": anos 80. *Physis*, vol.1, n.1, pp.77-96, 1991.

MACHADO, L. A. D.; LAVRADOR, M. C. C. Loucura: como dizer o indizível? In: BARROS, M. E. B.; LAVRADOR, M. C. C.; MACHADO, L. A. D. (Org.). *Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo, 2001.

MACHADO, R. *Ciência e Saber. A Trajetória da Arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

MACHADO, R. *Foucault, a filosofia e a literatura*. Rio de Janeiro: Jorge Zaar, 2005.

MACIEL, A. L. (2013) Aspectos gerais sobre internação compulsória em saúde mental nos últimos 10 anos: revisão bibliográfica [Monografia]. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/1444>.

MACIEL, S.C. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões in *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*. UFSC: v. 4, n. 8, 2012.

MAIA, A. Do biopoder à governamentalidade: sobre a trajetória da genealogia do poder. *Currículo sem Fronteiras*, v.11, n.1, p.54-71, 2011.

MARQUES, F.; DONEDA, D.. A política brasileira de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas: diretrizes e seus desdobramentos nos estados e municípios. *O Mundo da Saúde*, v. 23, n.1, p. 10-191, 1999.

MATOS, V. *Crime e Psiquiatria uma Saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança*. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2009.



MEDEIROS, T. Formação do modelo assistencial psiquiátrico brasileiro. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1977. In: RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica, 2007.

Messeder AM, Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saude Publica, v. 2, n. 2, 2005.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementariedade? Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, p 239-262, 1993.

MINAYO, M. C.S. (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINAYO-GOMEZ, C E THEDIM-COSTA, S. M. Estratégias de investigação relacionadas à violência e à precarização do trabalho, 1999 (mimeo).

NIETZSCHE, F. O nascimento da tragédia. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

NOVAIS, J. R. As restrições aos direitos fundamentais não expressamente autorizadas pela Constituição. 2003. In: BOTELHO, R. F. A judicialização do direito à saúde. Curitiba: Juruá, 2011.

NICÁCIO, F. Da instituição negada à instituição inventada. In. LANCETTI, A (Org.) Saúde Loucura I. São Paulo: Hucitec, 1989.

NUNES, L. G. A Judicialização da Saúde: Tentativas para Reduzir (conter) o Fenômeno. Revista do CAAP, v. 2, 2009.

OLIVEIRA, A Judicialização da Saúde no Brasil. Tempus - Actas de Saúde Coletiva, 2010 (mimeo).

OLIVEIRA, M.H.S e VASCONCELLOS, L.C.F (org.). Direitos Humanos na Construção de uma Cidadania Sanitária. In *DIREITO & SAÚDE: um campo em construção*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2009.

OLIVEIRA, M.V. Homo Sacer: O Poder Soberano e a Vida Nua. Âmbito Jurídico. Acessível em [http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=7431](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7431), 2014

OLMO, R.D.. A face oculta da droga. Rio de Janeiro: Revan, 1990.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos do Homem. Nações Unidas, 1948.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Tradução: Dorgival Caetano, 1ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 69-82, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Observatório de Saúde Mental e Direitos

Humanos. 2010. Disponível em: HYPERLINK "<http://osm.org.br/osm/iv-conferencia-nacional-de-saude-mental-e-espaco-para-reafirmacao-da-luta-antimanicomial/>" . Acesso em 03/08/2015.

PADILHA,S. e MORAIS, R. Franco Rotelli: contribuições para repensar o paradigma psiquiátrico, 2005 (mimeo).

PELBART, Peter Pál. A Nau do Tempo-Rei: 7 Ensaio sobre o Tempo na Loucura. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

PELBART, P. P. Vida capital. Ensaio de biopolítica. São Paulo: Iluminaras, 2003.

PELBART, P. P. Da clausura do for a ao for a da clausura. Loucura e desrazão. São Paulo: Iluminaras, 2009

PELBART, P. P. Nuda vida, vida besta, una vida. In: Euphorion, v. 1, p. 34-42. 2009b.

PELBART. P. P. Viver não é sobreviver: para além da vida aprisionada. III Seminário Internacional A Educação Medicalizada: reconhecer e acolher as diferenças. UNIP: São Paulo, 2013.

PESSOTTI, I. A loucura e as épocas. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

PESSOTTI, I. Os nomes da loucura. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.

PESSOTTI. O século dos manicômios, . Rio de Janeiro: Editora 34, 1996

PLATÃO. Timeu. São Paulo: Saraiva, 2004

POGREBINSCH, T. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. LUA NOVA Nº 63— 2004

PRADO JUNIOR, C. Formação do Brasil contemporâneo. São Paulo, Brsiliense, 1983.

RANCIÈRE, J. A partilha do sensível: estética e política. São Paulo: Editora 34, 2009.

RAUTER, C. Responsabilidades, Adolescência e Violência Contemporânea: a positividade do conflito em Spinoza, Maquiavel e Winnicott. In: **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, n. 109, p. 47-59, jul-ago. 2014.

RESENDE, H. Política de Saúde Mentalno Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A; COSTA, N.R. (Orgs.): Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

RIBEIRO, Fernanda M. Lages. Justiça Terapêutica Tolerância Zero: arregaçamento biopolítico do sistema criminal punitivo e criminalização da pobreza. Dissertação de mestrado UERJ, RJ, 2007.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa social: métodos e pesquisa. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

RIGON, S.S. e SILVEIRA, F.L. Prisão preventiva e(m) estado de exceção: quando a exceção se torna a regra. 2013. Acessível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=37624b36da4d07cf> , 2013

RIO DE JANEIRO. Assembleia Legislativa do estado do Rio de Janeiro Relatório Temático Megaeventos, Repressão e Privação de Liberdade no Rio de Janeiro. Assembleia Legislativa, 2014.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. Superintendência de Atenção Básica. Relatório da Rede de Atenção Psicossocial no Estado do Rio de Janeiro: Planos de Ação das Nove Regiões de Saúde e de seus Municípios. SES, 2012 (mimeo).

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. Superintendência de Atenção Básica. Nota Técnica da Gerência de Saúde Mental da SES-RJ sobre acompanhamento e avaliação da qualidade da assistência prestada nos hospitais psiquiátricos no estado do Rio de Janeiro. SES, 2012b.

ROCHA, T.D. Judicialização de medicamentos e outros tratamentos. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Administração, 2015 (mimeo).

RODRIGUES, H. B.C. O talento dos poetas – Foucault, Goffman, Szasz, Basaglia: convergências, dissonâncias. In VEIGA-NETO (Org.). O mesmo e o outro. 50 anos da História da Loucura. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

ROSEN, G. Uma História da Saúde Pública. São Paulo: Editora: Hucitec/ Unesp, 1994.

ROTELLI, A Lei 180 da reforma psiquiátrica: os problemas na sua aplicação. Saúde e Debate, n. 4: 119-122, 1991.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização, uma outra via. In Nicácio, F. Desinstitucionalização. São Paulo, Hucitec: 1990.

ROTELLI, F. A instituição negada. In: NICÁCIO, F. Desinstitucionalização. São Paulo: Editora Hucitec, 1990b.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. Desinstitucionalização. São Paulo: Editora Hucitec, 1990.

RUIZ, C. M.M.B. Sacralidade da Vida na Exceção Soberana, a Testemunha e sua Linguagem: (Re)leituras Biopolíticas da Obra de Giorgio Agamben. Cadernos IHU. Ano 10, nº. 39, 2012.

RUIZ, V.R, MARQUES, H.R. A internação compulsória e suas variáveis: reflexões éticas e socioculturais no tratamento e reinserção do paciente na sociedade. Rev. Psicol. Saúde vol.7 no.1 Campo Grande, 2015.

SAFATLE, V. A política da profanação. Folha de São Paulo, 2005 (mimeo).

SARLET, W. A eficácia dos direitos fundamentais. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Resolução SES-RJ Nº 2102, de 14 de Julho de 2003. SES, 2003.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Deliberação CIB-RJ n.º 203 de 04 de novembro de 2005. Aprova a expansão escalonada de leitos / internações por especialidade na rede de centrais de regulação do rio de janeiro. SES, 2003

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Protocolo de regulação das internações em instituições psiquiátricas. SES/SAS/GSM-RJ, 2015a (mimeo).

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Nota técnica para a regulação das internações em instituições psiquiátricas no estado do Rio de Janeiro. SES/SAS/GSM-RJ, 2015b (mimeo).

SILVA, A. A. Das vidas que não (se) contam: dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de SP.PUC-SP, 2015 (mimeo).

STRECK, L.L. Baixa constitucionalidade e a inefetividade dos direitos fundamentais em Terrae Brasilis. In: Revista Brasileira de Estudos Políticos. São Paulo, . p. 447-471, 2006.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

SZASZ, T.S. A fabricação da loucura. Um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental. Rio de Janeiro: Zaar Editores, 1978.

TCHEKHOV. A.P. A dama do cachorrinho e outros contos. São Paulo: Ed. 34, 2005.

TELES, N.; OLIVEIRA, M.H.B. Direitos Humanos na construção de uma Cidadania Sanitária. In: VASCONCELLOS, LCF & OLIVEIRA, MHB. Direito e Saúde: um campo em construção. Rio de Janeiro: Ediouro, 2009.

TERNES, J.. M. Foucault e o nascimento da modernidade. Tempo Social; Rev. Sociol. USP, S. Paulo, v.7, n.1-2, p. 45-52, 1995.

TRAD, S. Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. In: NERY FILHO, A., et al. orgs. Toxicomanias:

incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: EDUFBA; Salvador: CETAD, 2009

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública. V.. 20, 2004.

TURATO, E.R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

VENTURA. M. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Physis v..20 n.1, Rio de Janeiro, 2010.

VENTURINI, E. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. In: Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum., v.20, n.1, 2010.

VENTURINI, E. A linha curva. O espaço e o tempo da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

VERNAT, J-P. e VIDAL-NAQUET, P. Mito e tragédia na Grécia Antiga. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1997.

VIANNA, L. W. A Judicialização da Política no Brasil, In VIANNA, L. W. A judicialização da política e das relações sociais no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1999.

WIEVIOKA, M. O novo paradigma da violência. Tempo Social, Rev. Sociol. USP, v. 1, nº 9, 1997.

YASSUI, S. Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

YAZBEK, A. Da arqueologia da loucura à Genealogia da psiquiatria in VEIGA-NETO, A. (org.). O mesmo e o outro. 50 anos de História da Loucura. Rio de Janeiro: Autêntica, 2013.

YIN, R.K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

## ANEXOS

## ANEXO 1

### ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTA (Estado)

Iniciais do nome:

Função atual:

Formação:

Estrutura da Coordenação Estadual de Álcool e outras Drogas:

#### **I - Sobre as Internações:**

- 1) Quantas internações em instituições psiquiátricas nos anos de 2013, 2014 e 2015 ocorreram em todo o estado do RJ?
- 2) Quantas instituições psiquiátricas estavam em funcionamento nos anos de 2013, 2014 e 2015? Quais? E hoje? Quais?
- 3) Desta internações, quais delas foram internações compulsórias?
- 4) Quantos mandados de internação compulsória foram enviadas ao estado nos anos de 2013, 2014 e 2015?
- 5) Destas, quantas foram executadas pelos municípios?
- 6) Qual a principal origem destes mandados de internação compulsória?
- 7) Há estratégias da gestão estadual para lidar com os mandados de internação compulsória? Caso sim, quais?
- 8) Há estratégias de gestão na interlocução com os municípios no que se refere aos mandatos de internação compulsória? Caso sim, quais?
- 9) O Protocolo de Internação em Instituições Psiquiátricas, construído pela Coordenação Estadual de Saúde Mental, tem auxiliado no processo de internação operada pelo município? Caso sim, de que forma?
- 10) Há dificuldades de regular vagas para internações em Instituições Psiquiátricas pelos sistemas de regulação (estadual e municipal-RJ?), Caso sim, quais?
- 11) No panorama geral, como avalia a Saúde Mental e RAPS no estado do Rio de Janeiro?
- 12) Quais e quantos equipamentos de Saúde Mental-RAPS estão em funcionamento no estado do Rio de Janeiro?
- 13) Acredita ser importante acrescentar uma outra informação ou dado à entrevista?
- 14) Como acontece o “circuito” das IC no Estado?

## ANEXO 2

### ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTA (municípios)

Iniciais do nome:

Função atual:

Formação:

Município:

Estrutura da RAPS:

#### **I - Sobre as Internações:**

- 1) Quantas internações em instituições psiquiátricas ocorreram nos anos de 2013, 2014 e 2015?
- 2) Quais as instituições psiquiátricas para as quais foram realizada a regulação de internação?
- 3) Quantos mandados de internação compulsória foram enviadas ao município nos anos de 2013, 2014 e 2015?
- 4) Destas, quantas foram executadas?
- 5) Qual a principal origem destes mandados de internação compulsória?
- 6) Há algum dispositivo municipal acompanhando as internação compulsória?
- 7) Caso sim, qual? Com qual estratégia?

#### **II – Sobre os usuários internados compulsoriamente:**

- 1) Média de idade
- 2) Média de escolaridade
- 3) Média de Procedência (território)
- 4) Suspeita diagnóstica
- 5) Trabalhava no momento da internação?
- 6) Média de etnia declarada
- 7) Média estado civil
- 8) Histórico de internações anteriores (média)
- 9) Histórico de acompanhamento pela RAPS (média)
- 10) Internações mantidas (média)
- 11) Desinstitucionalização operada (média)



12) Encaminhamento de Desinstitutionalização operada (média). Possuem PTS (média)?

**III – Estratégias da Gestão municipal de Saúde Mental. Álcool e outras Drogas:**

- 1) De maneira geral, há estratégias da gestão municipal para lidar com os mandados de internação compulsória? Caso sim, quais?
- 2) Como acontece a regulação de vagas para atender à demanda de Internações Compulsórias?
- 3) Acredita ser importante acrescentar uma outra informação ou dado à entrevista?

**ANEXO 3**  
**PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DAS INTERNAÇÕES EM INSTITUIÇÕES**  
**PSIQUIÁTRICAS**



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**GERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL**  
**PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DAS INTERNAÇÕES EM INSTITUIÇÕES**  
**PSIQUIÁTRICAS**

**I- Fluxos orientadores para o acesso qualificado em Saúde Mental**

Considera-se, a partir da experiência clínica, que determinadas situações que envolvem dimensões do transtorno mental respondem positivamente a intervenções breves, em regime de curta permanência.

A despeito da Lei no 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, as internações psiquiátricas ainda são frequentes, demandando normas de regulação do uso destes recursos, as quais apresentamos neste documento, sem prejuízo da defesa do cuidado em liberdade como inspiração e norte na busca de soluções criativas de assistência, seja no campo da clínica ou da gestão em Saúde Mental.

No âmbito do estado do Rio de Janeiro, a partir da Deliberação CIB-RJ nº 203 de 04 de novembro de 2005, está pactuado que cada município deverá constituir sua Porta de Entrada para a regulação das internações em Instituições Psiquiátricas.

As Unidades cadastradas como portas de entradas em Saúde Mental nos municípios do estado do Rio de Janeiro possuem **profissionais responsáveis pela autorização das internações psiquiátricas, nomeados "autorizadores", que são indicados pelas Coordenações dos Programas Municipais de Saúde Mental, sendo**

vedado qualquer tipo de vínculo empregatício com as clínicas/hospitais prestadores conveniados ao SUS.

**\* IMPORTANTE:**

Os pacientes acolhidos nas Portas de Entrada municipais deverão permanecer nestes serviços em torno de 72 (setenta e duas) horas, para avaliação clínica e acompanhamento pela Equipe de Saúde Mental Municipal, antes que seja solicitada a internação em Instituições Psiquiátricas às GREGs

## **II- Critérios Clínicos para regulação em instituição psiquiátrica**

- **História clínica detalhada:** descrição da sintomatologia, forma de aparecimento e evolução (primeiro episódio, início abrupto, recidiva, evolução insidiosa, evoluindo para deterioração, etc); história de tratamento (história pregressa, internações anteriores, a frequências de internações, se faz tratamento nos dispositivos de atenção psicossocial).

- **Justificativa da internação:** presença de sintomatologia que coloque o paciente em risco de vida ou psicossocial.

- **Descrição do exame físico associado a exames complementares:** hemograma completo, glicose, uréia, creatinina e raio X de tórax, descartando intercorrências clínicas que possam ser prioridade no momento do atendimento, bem como avaliação do estado de consciência, visando afastar hipótese de *delirium* (quadro psiquiátrico de etiologia orgânica).

Tais exames deverão ser realizados na Porta de Entrada do município solicitante (Pronto-Socorro municipal, UPA ou Hospital Geral) como condição para a liberação da vaga pela Central Regional de Regulação (CREG) correspondente.

## **III- Grupos de Diagnósticos passíveis de referências para internação em Instituições Psiquiátricas.**

### **F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes:**

Desestabilização de sintomas paranóides com sofrimento psíquico agudo, desestabilização de sintomas hebefrênicos com comportamento inadequado ou agudização de quadros catatônicos (catalepsia, catatonia, flexibilidade cêrea, estupor catatônico) e outros quadros psicóticos agudos.

**F30-F39 Transtornos de humor:** Quadros maníacos ou depressivos graves com ou sem sintomas psicóticos.

**IV- Grupos diagnósticos que NÃO são aceitos como justificativa para internação em Instituições Psiquiátricas, com base na CID 10 F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos:** Quadros agudos de doenças clínicas que se apresentem com sintomatologia psiquiátrica, tais como conduta inadequada e/ou agitação psicomotora. Usuários nesta situação devem ser atendidos em hospitais gerais, para que seja esclarecido o diagnóstico diferencial das alterações orgânicas existentes (tumor cerebral, AIDS, demências senis, metástases e outras condições neurológicas e metabólicas).

**F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas:** Quadros relacionados à intoxicação aguda, estado de abstinência complicada, síndrome de abstinência com *delirium*, e/ou transtornos psicóticos. No entanto, a despeito da Lei no 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, as internações psiquiátricas ainda são frequentes, demandando normas de regulação do uso destes recursos, as quais apresentamos neste documento, sem prejuízo da defesa do cuidado em liberdade como inspiração e norte na busca de soluções criativas de assistência, seja no campo da clínica ou da gestão em Saúde Mental.

Usuários nesta condição devem ser acolhidos em hospitais gerais ou unidades mistas de funcionamento 24 horas (ex: UPAs), devido ao risco de complicações orgânicas. Após a recuperação da fase aguda (a abstinência aguda dura em geral de 3 a 5 dias), deverão ser referenciados conforme o fluxo para pacientes usuários de álcool e outras drogas.

**F40-F49 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao estresse e transtornos somatoformes:**

Reação a estresse grave, transtorno de ajustamento, reação aguda a estresse. Transtorno de estresse pós-traumático e estupor dissociativo ou outros quadros neuróticos com gravidade evidente.

**F50-F59 Síndromes comportamentais associadas a transtornos fisiológicos e a fatores físicos:**

Transtornos alimentares, anorexia nervosa ou bulimia nervosa.

**F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto:**

Personalidade emocionalmente instável, tipo impulsivo ou borderline.

**F70-F79 Retardo mental:**

Quadros de deficiência intelectual.

**F80-F89 Transtorno do desenvolvimento psicológico.**

**F90-F98 Transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência.**

A Porta de Entrada dos municípios deverá proceder à avaliação clínica e psicossocial do caso. Em se avaliando necessária a internação, como acima esclarecido, esta ocorrerá nos leitos de Saúde Mental de Hospital Geral/Infantil.

#### **IV- Situações Específicas:**

- **Pacientes com idade igual ou superior a 60 anos:** considerando as limitações inerentes ao perfil dos hospitais psiquiátricos, a internação de pacientes com idade igual ou superior a 60 anos não está indicada.
- **Pacientes grávidas:** a internação de pacientes grávidas e puérperas, mesmo usuárias de álcool e drogas, não serão encaminhadas para os Hospitais Psiquiátricos. Na maioria dos casos o Programa de Saúde Mental poderá fazer o acompanhamento em seus serviços em parceria com a maternidade de Hospital Geral.
- **Internações Compulsórias:** nos casos de mandato judicial para internações compulsórias em Instituições Psiquiátricas o profissional da Central de Regulação deverão entrar em contato com a Gerência de Saúde Mental Estado do Rio de Janeiro, através dos telefones institucionais (21) 2333-3885 ou 2333-3905 e com o programa de Saúde Mental do município de origem do paciente.

**Gerência Estadual de Saúde Mental (GSM/SES-RJ)**

## **ANEXO 4**

### **NOTA TÉCNICA PARA A REGULAÇÃO DAS INTERNAÇÕES EM INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**



### **NOTA TÉCNICA PARA A REGULAÇÃO DAS INTERNAÇÕES EM INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

A Gerência de Saúde Mental/SAB/SAS/SES-RJ entende que, uma vez que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) consiste numa construção de cuidado integral, territorial e de base comunitária aos usuários de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e que, sendo o estado do Rio de Janeiro uma das federações brasileiras que ainda conta com um contingente significativo de Hospitais Psiquiátricos, os encaminhamentos para as internações nestes equipamentos de saúde, sejam elas públicas ou conveniadas, ainda se apresentam enquanto uma realidade.

Entendemos ainda que, à medida que as RAPS municipais - com apoio, assessoramento e incentivos para implementação por parte da Secretaria ES e do Ministério da Saúde - se fortalecem como proposta de Política Pública de Saúde para o setor, as internações em Hospitais Psiquiátricos **SERÃO SUPRIMIDAS**, de forma gradual, responsável e de modo a não gerar desassistência.

Destacamos aqui que fazemos uma distinção importante e radical entre as internações efetuadas em Hospitais Psiquiátricos e aquelas que denominamos “internações em Saúde Mental”, realizadas nos Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral/Serviço Hospitalar de Referência.

Entendemos que as internações em Saúde Mental se configuram enquanto recurso terapêutico eventualmente necessário e importante, desde que inseridas no

Projeto Terapêutico Singular de cada usuário, com indicação clara da proposta de cuidado pelo serviço substitutivo e por ele referendado.

Assim, as internações em Saúde Mental, acima mencionadas, dizem respeito àquelas que são realizadas nos Serviços Hospitalares de Referência, pontos de atenção da RAPS, no território do usuário, próximos de onde foram construídos seus laços sociais e/ou familiares, com prescrições claras de uso medicamentoso e de tempo de internação, entre outros.

Sabendo que AINDA são solicitadas, por parte dos municípios do estado do Rio de Janeiro, internações em Hospitais e/ou Clínicas Psiquiátricas, apresentamos orientações para o encaminhamento das situações de crise em Saúde Mental para a internação, a partir do Sistema Estadual de Regulação - SER.

I - Que o primeiro acolhimento à crise seja realizado nos seguintes pontos de atenção da RAPS, em funcionamento no território: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços de urgência e emergência (UPA 24 horas, SAMU, Pronto Socorro, Portas de entrada em hospital geral), as Unidades Básicas de Saúde, as Equipes de Saúde da Família, as equipes de Consultório na Rua e os Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral/SHR. **Que os usuários acolhidos nos pontos de atenção da RAPS que funcionam 24 horas deverão permanecer nestes serviços por pelo menos 72 (setenta e duas) horas, antes que seja solicitada a internação à Central de Regulação;**

II - Que haja o entendimento de que os pontos de atenção da RAPS, em especial os Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral/SHR, devem ser resolutivos em sua proposta de cuidado às situações de crise;

III - Os casos de uso abusivo de álcool e outras drogas devem ser avaliados pela equipe do CAPS AD ou, na ausência deste, nas outras modalidades de CAPS, pelos serviços de referência de Saúde Mental em Álcool e outras Drogas e/ou pelas equipes de Saúde Mental, álcool e outras drogas definidos pela Coordenação de Saúde Mental de cada município.

Havendo indicação técnica de internação, esta deverá ser de curta duração, realizada nos Leito de Saúde Mental de Hospital Geral e com acompanhamento da equipe responsável.

Após a alta, o usuário deverá retornar ao serviço de origem para continuidade do acompanhamento ou, caso ainda não esteja inserido em CAPS AD /Serviço de Referência, deverá ser encaminhado para tal.

IV - No que se refere ao atendimento à crise de crianças e adolescentes, o usuário será avaliado pelo CAPS i e, nos casos dos municípios que não possuem este serviço, pelas equipes que prestam o atendimento à demanda da infância e adolescência em cada município. Em se avaliando necessária a internação, como acima esclarecido, esta ocorrerá no Leito de Hospital Geral/Pediatria.

V - O estado do Rio de Janeiro não regula internações compulsórias em Clínicas/Hospitais Psiquiátricos. Nos casos de Mandato Judicial para esta demanda, os municípios deverão ser resolutivos quanto ao atendimento das demandas de cuidado em Saúde Mental e, uma vez avaliada a necessidade de internação, que ela seja executada nos dispositivos da Rede, preferencialmente de forma voluntária.

VI - A Gerência de Saúde Mental do estado do Rio de Janeiro coloca-se à disposição para assessoramento nas situações de dúvida, através do telefone institucional (21) 2333-3885 ou 2333-3905.

VII - Por fim, e não menos importante, que **todas as internações em Hospitais e/ou Clínicas Psiquiátricas, bem como sua regulação pelo Sistema Estadual de Regulação, sejam anteriormente avaliadas, validadas e acompanhadas pela Coordenação de Saúde Mental de cada município do estado, NECESSARIAMENTE.**

**Gerência Estadual de Saúde Mental / SES-RJ**



## ANEXO 5

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Gestor)



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2016

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Gestor)

Prezado participante,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “*Interfaces entre a Reforma Psiquiátrica e Judicialização da Saúde: as internações compulsórias na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro em questão*”, que tem como pesquisador responsável Monica Lorencetti Fornazier, Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, vinculada ao Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial/ Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural - LAPS/DIHS/ENSP/FIOCRUZ.

Esta pesquisa propõe-se a discutir Reforma Psiquiátrica, seus principais conceitos, discutindo seus desdobramentos sociais e assistências, enquanto um longo e árduo processo de desconstrução política e ética do lugar social historicamente construído “para” e ocupado “pela” loucura. E também, um longo e árduo processo de construção – legal, técnico-assistencial, social, cultural – de formas outras para o convívio amplo e irrestrito dos sujeitos nas suas diferenças e alteridades. E, a partir de dados obtidos sobre as Internações Compulsórias em três municípios da Região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro – a saber, a Capital, Duque de Caxias e Nova Iguaçu –, nos propomos a discutir a tendência de Judicialização dos processos de

cuidado, que sugerimos redundarem em uma nova modalidade de segregação, apresentada em nova roupagem assistencial e legalista. A pesquisa tem por finalidade contribuir com a problematização desta modalidade de internação aos usuários dos serviços de Saúde Mental nos municípios supracitados e, desta feita, contribuir com o entendimento dos processos da Reforma Psiquiátrica brasileira, seus entraves e obstáculos, de forma a lançar luz sobre este processo coletivo ainda em construção no país. Se as internações compulsórias configurariam retrocessos na tentativa de superação do modelo asilar e no processo de construção de uma “lógica” e de um “cuidado” não manicomial é o que nos impulsiona e, modo geral, é nossa principal pergunta e questão.

Você foi selecionado por ser um gestor envolvido na construção da saúde mental no estado do Rio de Janeiro-RJ. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, não implicando em nenhum prejuízo em sua relação com a equipe de pesquisa ou com a instituição responsável pela pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista em profundidade conduzida por pesquisadores do projeto, com duração em torno de duas horas. Será garantida a privacidade através de abordagem em espaço onde não haja interferência de terceiros. A entrevista será feita no seu local de trabalho ou preferência. As entrevistas serão gravadas, sendo este recurso uma condição para a participação na pesquisa. As entrevistas serão transcritas na íntegra para a análise das falas dos sujeitos da pesquisa e armazenadas em arquivos digitais. O uso do material da entrevista será de uso restrito da equipe do projeto e para fins dessa pesquisa. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é a contribuição para o reconhecimento dos impasses da rede de cuidado em saúde mental e o

mapeamento das Interações Compulsórias na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro. Desta forma, possibilitando que a partir destes dados sejam construídas estratégias tanto no campo das políticas públicas de forma geral quanto no campo do planejamento e gestão que potencializem a efetivação da Rede de Atenção Psicossocial.

Em contrapartida sua participação envolve certos riscos como a possibilidade de constrangimento ao expor as dificuldades em seus processos de trabalho ou o constrangimento de explicitar situações que considere como denúncias. Também seria uma possibilidade, considerada remota, o sua identificação pelas características das falas expressas na entrevista mesmo sem ser explicitado seu nome. Com vistas a minimizar estes riscos é assegurada a possibilidade de interrupção da entrevista para continuidade em momento posterior ou mesmo a desistência da participação sem qualquer ônus. As entrevistas não serão identificadas para fins de publicação. Os nomes serão suprimidos ou fictícios no caso de uso das falas na explicitação dos resultados e sua análise. Você poderá acessar o pesquisador responsável a qualquer tempo com vistas a obter informações sobre o andamento da pesquisa, o que também será possível durante as oficinas de validação dos resultados. Os resultados desta pesquisa serão divulgados através de publicações científicas.

O presente documento em conformidade com a Resolução 466/2012g do Conselho Nacional de Saúde será assinado em duas vias, constando neste o endereço, e-mail e telefone do pesquisador e da instituição responsável, para que seja possível o esclarecimento de dúvidas sobre o projeto ou sobre sua participação, além de permitir o acompanhamento da pesquisa a qualquer momento. O seguinte documento deverá ter todas as suas páginas rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Neste termos e considerando-me livre esclarecido(a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando aos autores do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

---

Monica Lorencetti Fornazier  
Pesquisador responsável

---

Sujeito da pesquisa

Instituição do Pesquisador (contato do pesquisador responsável):

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial  
Av. Brasil nº 4036 - Sala 506  
Manguinhos - Rio de Janeiro  
CEP.21.040-361  
Tel. 00 55 21 3882-9105/2260-5999  
e-mail: [laps@ensp.fiocruz.br](mailto:laps@ensp.fiocruz.br)

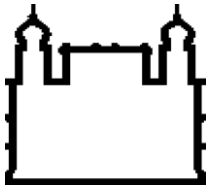
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ  
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP:  
21041-210  
Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863  
E-Mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)  
<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

**Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2016**

## ANEXO 6

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Gestor)



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2016

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Gestor)

Prezado participante,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “*Interfaces entre a Reforma Psiquiátrica e Judicialização da Saúde: as internações compulsórias na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro em questão*”, que tem como pesquisador responsável Monica Lorencetti Fornazier, Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, vinculada ao Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial/ Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural - LAPS/DIHS/ENSP/FIOCRUZ.

Esta pesquisa propõe-se a discutir Reforma Psiquiátrica, seus principais conceitos, discutindo seus desdobramentos sociais e assistências, enquanto um longo e árduo processo de desconstrução política e ética do lugar social historicamente construído “para” e ocupado “pela” loucura. E também, um longo e árduo processo de construção – legal, técnico-assistencial, social, cultural – de formas outras para o convívio amplo e irrestrito dos sujeitos nas suas diferenças e alteridades. E, a partir de dados obtidos sobre as Internações Compulsórias em três municípios da Região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro – a saber, a Capital, Duque de Caxias e Nova Iguaçu –, nos propomos a discutir a tendência de Judicialização dos processos de

cuidado, que sugerimos redundarem em uma nova modalidade de segregação, apresentada em nova roupagem assistencial e legalista. A pesquisa tem por finalidade contribuir com a problematização desta modalidade de internação aos usuários dos serviços de Saúde Mental nos municípios supracitados e, desta feita, contribuir com o entendimento dos processos da Reforma Psiquiátrica brasileira, seus entraves e obstáculos, de forma a lançar luz sobre este processo coletivo ainda em construção no país. Se as internações compulsórias configurariam retrocessos na tentativa de superação do modelo asilar e no processo de construção de uma “lógica” e de um “cuidado” não manicomial é o que nos impulsiona e, modo geral, é nossa principal pergunta e questão.

Você foi selecionado por ser um gestor envolvido na construção da saúde mental no estado do Rio de Janeiro-RJ. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, não implicando em nenhum prejuízo em sua relação com a equipe de pesquisa ou com a instituição responsável pela pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista em profundidade conduzida por pesquisadores do projeto, com duração em torno de duas horas. Será garantida a privacidade através de abordagem em espaço onde não haja interferência de terceiros. A entrevista será feita no seu local de trabalho ou preferência. As entrevistas serão gravadas, sendo este recurso uma condição para a participação na pesquisa. As entrevistas serão transcritas na íntegra para a análise das falas dos sujeitos da pesquisa e armazenadas em arquivos digitais. O uso do material da entrevista será de uso restrito da equipe do projeto e para fins dessa pesquisa. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é a contribuição para o reconhecimento dos impasses da rede de cuidado em saúde mental e o

mapeamento das Interações Compulsórias na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro. Desta forma, possibilitando que a partir destes dados sejam construídas estratégias tanto no campo das políticas públicas de forma geral quanto no campo do planejamento e gestão que potencializem a efetivação da Rede de Atenção Psicossocial.

Em contrapartida sua participação envolve certos riscos como a possibilidade de constrangimento ao expor as dificuldades em seus processos de trabalho ou o constrangimento de explicitar situações que considere como denúncias. Também seria uma possibilidade, considerada remota, o sua identificação pelas características das falas expressas na entrevista mesmo sem ser explicitado seu nome. Com vistas a minimizar estes riscos é assegurada a possibilidade de interrupção da entrevista para continuidade em momento posterior ou mesmo a desistência da participação sem qualquer ônus. As entrevistas não serão identificadas para fins de publicação. Os nomes serão suprimidos ou fictícios no caso de uso das falas na explicitação dos resultados e sua análise. Você poderá acessar o pesquisador responsável a qualquer tempo com vistas a obter informações sobre o andamento da pesquisa, o que também será possível durante as oficinas de validação dos resultados. Os resultados desta pesquisa serão divulgados através de publicações científicas.

O presente documento em conformidade com a Resolução 466/2012g do Conselho Nacional de Saúde será assinado em duas vias, constando neste o endereço, e-mail e telefone do pesquisador e da instituição responsável, para que seja possível o esclarecimento de dúvidas sobre o projeto ou sobre sua participação, além de permitir o acompanhamento da pesquisa a qualquer momento. O seguinte documento deverá ter todas as suas páginas rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Neste termos e considerando-me livre esclarecido(a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando aos autores do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

---

Monica Lorencetti Fornazier  
Pesquisador responsável

---

Sujeito da pesquisa

Instituição do Pesquisador (contato do pesquisador responsável):

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Av. Brasil nº 4036 - Sala 506

Manguinhos - Rio de Janeiro

CEP.21.040-361

Tel. 00 55 21 3882-9105/2260-5999

e-mail: [laps@ensp.fiocruz.br](mailto:laps@ensp.fiocruz.br)

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP:

21041-210

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

**Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2016**



## ANEXO 7

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Gestor)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



**Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2016**

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Gestor)

Prezado participante,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “*Interfaces entre a Reforma Psiquiátrica e Judicialização da Saúde: as internações compulsórias na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro em questão*”, que tem como pesquisador responsável Monica Lorencetti Fornazier, Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, vinculada ao Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial/ Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural - LAPS/DIHS/ENSP/FIOCRUZ.

Esta pesquisa propõe-se a discutir Reforma Psiquiátrica, seus principais conceitos, discutindo seus desdobramentos sociais e assistências, enquanto um longo e árduo processo de desconstrução política e ética do lugar social historicamente construído “para” e ocupado “pela” loucura. E também, um longo e árduo processo de construção – legal, técnico-assistencial, social, cultural – de formas outras para o convívio amplo e irrestrito dos sujeitos nas suas diferenças e alteridades. E, a partir de dados obtidos sobre as Internações Compulsórias em três municípios da Região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro – a saber, a Capital, Duque de Caxias e Nova Iguaçu –, nos propomos a discutir a tendência de Judicialização dos processos de

cuidado, que sugerimos redundarem em uma nova modalidade de segregação, apresentada em nova roupagem assistencial e legalista. A pesquisa tem por finalidade contribuir com a problematização desta modalidade de internação aos usuários dos serviços de Saúde Mental nos municípios supracitados e, desta feita, contribuir com o entendimento dos processos da Reforma Psiquiátrica brasileira, seus entraves e obstáculos, de forma a lançar luz sobre este processo coletivo ainda em construção no país. Se as internações compulsórias configurariam retrocessos na tentativa de superação do modelo asilar e no processo de construção de uma “lógica” e de um “cuidado” não manicomial é o que nos impulsiona e, modo geral, é nossa principal pergunta e questão.

Você foi selecionado por ser um gestor envolvido na construção da saúde mental no estado do Rio de Janeiro-RJ. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, não implicando em nenhum prejuízo em sua relação com a equipe de pesquisa ou com a instituição responsável pela pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista em profundidade conduzida por pesquisadores do projeto, com duração em torno de duas horas. Será garantida a privacidade através de abordagem em espaço onde não haja interferência de terceiros. A entrevista será feita no seu local de trabalho ou preferência. As entrevistas serão gravadas, sendo este recurso uma condição para a participação na pesquisa. As entrevistas serão transcritas na íntegra para a análise das falas dos sujeitos da pesquisa e armazenadas em arquivos digitais. O uso do material da entrevista será de uso restrito da equipe do projeto e para fins dessa pesquisa. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é a contribuição para o reconhecimento dos impasses da rede de cuidado em saúde mental e o

mapeamento das Interações Compulsórias na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro. Desta forma, possibilitando que a partir destes dados sejam construídas estratégias tanto no campo das políticas públicas de forma geral quanto no campo do planejamento e gestão que potencializem a efetivação da Rede de Atenção Psicossocial.

Em contrapartida sua participação envolve certos riscos como a possibilidade de constrangimento ao expor as dificuldades em seus processos de trabalho ou o constrangimento de explicitar situações que considere como denúncias. Também seria uma possibilidade, considerada remota, o sua identificação pelas características das falas expressas na entrevista mesmo sem ser explicitado seu nome. Com vistas a minimizar estes riscos é assegurada a possibilidade de interrupção da entrevista para continuidade em momento posterior ou mesmo a desistência da participação sem qualquer ônus. As entrevistas não serão identificadas para fins de publicação. Os nomes serão suprimidos ou fictícios no caso de uso das falas na explicitação dos resultados e sua análise. Você poderá acessar o pesquisador responsável a qualquer tempo com vistas a obter informações sobre o andamento da pesquisa, o que também será possível durante as oficinas de validação dos resultados. Os resultados desta pesquisa serão divulgados através de publicações científicas.

O presente documento em conformidade com a Resolução 466/2012g do Conselho Nacional de Saúde será assinado em duas vias, constando neste o endereço, e-mail e telefone do pesquisador e da instituição responsável, para que seja possível o esclarecimento de dúvidas sobre o projeto ou sobre sua participação, além de permitir o acompanhamento da pesquisa a qualquer momento. O seguinte documento deverá ter todas as suas páginas rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Neste termos e considerando-me livre esclarecido(a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando aos autores do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

---

Monica Lorencetti Fornazier  
Pesquisador responsável

---

Sujeito da pesquisa

Instituição do Pesquisador (contato do pesquisador responsável):

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Av. Brasil nº 4036 - Sala 506

Manguinhos - Rio de Janeiro

CEP.21.040-361

Tel. 00 55 21 3882-9105/2260-5999

e-mail: [laps@ensp.fiocruz.br](mailto:laps@ensp.fiocruz.br)

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP:

21041-210

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

**Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2016**