



CURSO DE PSICOLOGIA

Marília Schwab Kessler

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES A PARTIR
DOS CONCEITOS DE BIOPOLÍTICA E NECROPOLÍTICA**

Santa Cruz do Sul
2020

Marília Schwab Kessler

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES A PARTIR
DOS CONCEITOS DE BIOPOLÍTICA E NECROPOLÍTICA**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Psicologia,
da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC para
obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof^a Dra. Betina Hillesheim

Santa Cruz do Sul

2020

RESUMO

A Política Nacional de Saúde Mental brasileira coordenada pelo Ministério da Saúde é quem determina as estratégias e as diretrizes que devem ser adotadas no âmbito federal com o intuito de organizar a assistência prestada às pessoas que necessitam de tratamento e cuidados em saúde mental, bem como a seus familiares. Recentemente o Ministério da Saúde em ação conjunta com a Secretária de Atenção à Saúde, o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas lançou a Nota Técnica nº 11/2019 de 04 de fevereiro de 2019 que esclareceu as mudanças na política de saúde mental e estabeleceu as novas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. A nota técnica compilou uma série de resoluções e portarias publicadas entre dezembro de 2017 a agosto de 2018, documentos estes que alteraram portarias anteriores e modificaram significativamente a política de saúde mental. Partindo desse contexto, o objetivo dessa pesquisa é compreender a maneira com a assistência e o tratamento em saúde mental estão dispostos atualmente, mediante a análise da Nota Técnica nº 11/2019 e da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, problematizando as alterações realizadas e quais as estratégias biopolíticas que se fazem presente na Política Nacional de Saúde Mental brasileira. Para tanto, a partir dos conceitos de biopolítica do francês Michel Foucault e de necropolítica desenvolvido pelo camaronês Achille Mbembe, discute-se como os documentos compreendem os sujeitos ditos doentes mentais e de que forma os discurso acerca da loucura e dos loucos são contemplados tanto na Nota Técnica quanto na Lei 10.216. Problematisa-se ainda as formas pelas quais os documentos se referem à questão do cuidado a esses sujeitos e os descolamentos que ocorrem entre um documento e outro, bem como os dispositivos que cada um aciona no sentido das distintas formas de gerir a vida dos indivíduos.

Palavras-Chave: Política Nacional de Saúde Mental, biopolítica, necropolítica.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 5 |
| 2 O CAMPO DA SAÚDE MENTAL E AS ESTRATÉGIAS BIOPOLÍTICAS | 7 |
| 3 CAMINHOS INVESTIGATIVOS..... | 15 |
| 3.1 Materialidade de análise | 16 |
| 4 PONTOS DE REFLEXÃO E PROBLEMATIZAÇÃO | 18 |
| 4.1 Que sujeitos são esses – Discursos acerca da loucura e dos loucos | 19 |
| 4.2 Formas de gerir vidas – Modalidade de cuidado e tratamento..... | 23 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 28 |
| REFERÊNCIAS | 29 |

1 INTRODUÇÃO

A análise aqui realizada tem como objetivo compreender quais as estratégias biopolíticas que se fazem presentes na Política Nacional de Saúde Mental brasileira atual. Para tanto articulam-se os conceitos de biopolítica e necropolítica com a temática das políticas públicas no âmbito da saúde mental. O campo das políticas públicas está constantemente sendo repensado e passando por alterações que exigem constantes estudos e pesquisas a respeito. No início de 2019, a política de saúde mental brasileira foi revista e alterada por meio da publicação da Nota Técnica nº 11/2019, divulgada pelo Ministério da Saúde em 04 de fevereiro de 2019.

O documento oficial teve como objetivo esclarecer sobre as mudanças na Política Nacional da Saúde Mental e dispor sobre as novas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. A publicação acarretou em significativas alterações na política que define as estratégias e diretrizes adotadas no país inteiro com o objetivo de organizar o tratamento e a assistência prestada aos pacientes em sofrimento devido a adoecimentos decorrente de transtornos mentais ou por uso de substâncias psicoativas.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) afirma que os transtornos mentais continuam crescendo significativamente e exercem impacto não só sobre a saúde dos indivíduos, mas também tem consequências sociais importantes de direitos humanos e econômicos em todo o mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018). Estudar e pesquisar sobre saúde mental faz-se necessário, uma vez que as doenças mentais já se caracterizam como uma das principais causas de incapacidade do ser humano.

A saúde mental abarca um imenso campo de conhecimentos e ações, não estando restrita a um profissional específico, mas é de competência de todos os profissionais da área da saúde, configurada pela interdisciplinaridade e pela transdisciplinaridade, na qual vários saberes se cruzam. Caracteriza-se como um campo de atuação complexo que perpassa inúmeras variáveis sociais, políticas, ideológicas, culturais, entre outras (LANCETTI, AMARANTE, 2006).

A Política Nacional de Saúde Mental determina as diretrizes e estratégias que serão adotadas a nível federal com o intuito de organizar a assistência e o tratamento aos pacientes e familiares no âmbito da saúde mental. Ela abrange tanto as pessoas que possuem necessidades relacionadas a sofrimento decorrente de transtornos mentais quanto aos usuários e familiares que sofrem devido o uso de substâncias psicoativas. A construção de uma rede de assistência

segura, eficaz, acolhedora e humanizada faz-se fundamental e se constitui enquanto um processo contínuo, que se modifica ao longo do tempo (BRASIL, 2019).

Pensarmos os modelos de assistência em saúde mental a partir dos conceitos foucaultianos parece-me pertinente, uma vez que o próprio autor em sua obra *História da Loucura na Idade Clássica* (1978) propõe refletir a respeito de como a loucura se constituiu ao longo do tempo e como a psiquiatria e o cuidado em saúde mental foram pensados ao longo da história. Fazer uso de conceitos como o de biopolítica de Michel Foucault e o de necropolítica de Achille Mbembe faz-se necessário para que tenhamos mais uma ferramenta para compreender o que ocorria durante o modelo psiquiátrico manicomial e o que acontece nos dias de hoje, podendo estabelecer um paralelo entre esses dois eixos.

Sendo assim, o foco desta pesquisa reside em problematizar a Política Nacional de Saúde Mental brasileira, com o objetivo de compreender como ela se constitui na atualidade. Para tal será realizada uma análise de documentos oficiais que determinam as diretrizes desta política, análise essa realizada a partir dos conceitos de biopolítica e necropolítica. Diante disto, foi estabelecida a seguinte questão como norteadora: Quais estratégias biopolíticas/necropolíticas se fazem presentes na política de saúde mental brasileira atual?

Desta forma, o presente relatório está organizado da seguinte maneira: abordo inicialmente o campo da saúde mental e contextualizo conceitualmente as estratégias biopolíticas e de que maneira elas podem ser pensadas em relação a saúde mental. Posteriormente apresento os caminhos investigativos e os operadores conceituais utilizados para a realização da pesquisa, explanando brevemente sobre os documentos analisados, a Nota Técnica 11/2019 e a Lei 10.216 de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica.

Em seguida, realizo a análise desses documentos a partir de dois marcadores: 1) Que sujeitos são esses – discursos acerca da loucura e dos loucos, 2) Formas de gerir vidas - Modalidade de cuidado e tratamento. No primeiro deles busco compreender de que maneira os documentos compreendem os doentes mentais e de que forma os discursos acerca da loucura e dos sujeitos loucos estão contemplados tanto na nota técnica quanto na Lei 10.216. Enquanto no segundo problematizo as formas pelas quais os dois documentos se referem as formas de cuidado e tratamento aos sujeitos, bem como os dispositivos que acionam no sentido das distintas formas de gerir a vida dos indivíduos.

2 O CAMPO DA SAÚDE MENTAL E AS ESTRATÉGIAS BIOPOLÍTICAS

Faz-se necessária uma contextualização a respeito dos conceitos e temáticas abordadas para melhor compreensão da pesquisa, para tanto, farei uma breve descrição a respeito da constituição do campo da saúde mental como hoje se apresenta, bem como abordo o conceito de biopolítica desenvolvido pelo francês Michel Foucault e seus desdobramentos. Para Foucault (1975, p. 49) “a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconheça como tal”. Portanto, quando falamos em doença mental no cenário brasileiro atual e nas alterações realizadas na Política de Saúde Mental ao longo do tempo, faz-se essencial uma breve retomada a respeito das origens da psiquiatria e como o campo da saúde mental foi se modificando e se constituindo historicamente no Brasil.

Nossa sociedade não quer reconhecer-se no doente que ela persegue ou que encerra; no instante mesmo em que ela diagnostica a doença, exclui o doente. As análises de nossos psicólogos e sociólogos, que fazem do doente um desviado e que procuram a origem do mórbido no anormal, são, então, antes de tudo, uma projeção de temas culturais. Na realidade, uma sociedade se exprime positivamente nas doenças mentais que manifestam seus membros; e isto, qualquer que seja o status que ela dá a estas formas mórbidas (FOUCAULT, 1975, p. 51).

Na época clássica os hospícios tinham a função de hospedaria apenas e destinavam-se ao recolhimento de toda a classe de marginais, entre eles leprosos, ladrões, prostitutas e loucos, ou seja, a todos aqueles que em algum nível significavam uma ameaça à sociedade e os preceitos morais impostos. Neste contexto, a loucura não era vista de maneira diferente a qualquer outra forma de marginalização, sendo que a exclusão era, portanto, vinculada à desrazão e não a uma patologia (AMARANTE, 1998).

Foucault (1979) destaca que antes do século XVIII a loucura era considerada como uma forma de erro ou de ilusão, não se colocando a questão da internação. Nesta época, ela era vista como parte do mundo na qual se podia viver e que só deveria ser separada em casos em que assumiam formas extremas ou perigosas. Os hospitais configuravam-se, portanto, como espaços privilegiados onde a loucura poderia e deveria explodir em suas pretensas verdades.

A prática do internamento inicia-se no século XIX, momento no qual a loucura passou a ser compreendida não mais como o julgamento perturbado, mas sim como uma desordem na forma de agir, querer, sentir, tomar decisões e de ser livre. O hospital psiquiátrico torna-se um lugar de diagnóstico e de classificação, no qual as “espécies de doenças” são catalogadas e divididas (FOUCAULT, 1979). Amarante (1998, p.24) destaca que “a caracterização do

louco, enquanto personagem representante de risco e periculosidade social inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria”.

Conforme Foucault (1979, p. 126), “como se pode ver tudo é questão de poder: dominar o poder do louco, neutralizar os poderes que de fora possam se exercer sobre eles, estabelecer um poder terapêutico e de adestramento, de ortopedia”. O hospital psiquiátrico não era um lugar de tratamento ou de cuidado que se destinava a pessoas com sofrimentos mentais, mas sim espaços de maus-tratos, violência e violação de direitos. Ambientes nos quais as pessoas eram privadas de sua humanidade e poderiam ser tratadas de qualquer maneira (LANCETTI, AMARANTE, 2006).

A Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul em suas publicações anuais do Relatório Azul a partir do ano de 1994 relata diversos “casos típicos” de violação de direitos ocorridos em hospitais psiquiátricos gaúchos, passando desde abusos sexuais a maus tratos e mortes suspeitas. Tais obras tinham como intuito prestar conta do trabalho realizado pela Comissão de Cidadania e Direitos Humanos ao expor a realidade encontrada nos hospícios do estado. A maioria dos hospitais vistoriados nos anos seguintes não possuíam as mínimas condições de funcionamento (RIO GRANDE DO SUL, 1994).

Evidencia-se, em todas as denúncias e vistorias, a total falta de infraestrutura e violação de direitos ocorrida nos hospitais psiquiátricos, espaços esses abandonados pelo poder público e negligenciados pelo Estado brasileiro. A omissão aqui referida se deu de forma intencional como retratada no Hospital Colônia em Minas Gerais, onde a superlotação, ao atingir níveis extremos, levou à substituição das camas por capim, decisão essa sugerida pelo Departamento de Assistência Neuropsiquiátrica e recomendada pelo Poder Público para todos os hospitais mineiros (ARBEX, 2018).

Vinte e oito presidentes do Estado de Minas Gerias, interventores federais e governadores, revezaram-se no poder desde a criação do Colônia, entre 1903 e 1980. Outros dez diretores comandaram a instituição nesse período, alguns por mais de vinte anos [...] Em 1961, o presidente Jânio Quadros colocou o aparato governamental a serviço da instituição para reverter “o calamitoso nível de assistência dada aos enfermos”. Deputados mineiros criaram comissões para discutir a situação da unidade. Nenhum deles foi capaz de fazer os abusos cessarem. Dentro do hospital, apesar de ninguém ter apertado o gatilho, todos carregam mortes nas costas (ARBEX, 2018, p. 43).

A intencionalidade na omissão do Estado ficou explícita no jogo de forças que fez com que a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica ocorresse após 12 anos de tramitação pelo Congresso Nacional. Arbex (2018) destaca ainda que o Hospital Colônia assim como muitas outras instituições psiquiátricas atendiam aos interesses políticos e impulsionavam a

economia das cidades locais. Motivo pelo qual se tornou ainda mais difícil romper o modelo asilar que imperava a mais de um século. Uma prática comum a grande maioria dos hospitais psiquiátricos era o uso do eletrochoque e da lobotomia que nem sempre possuíam fins terapêuticos, mas sim para conter e intimidar os pacientes. Ao ponto das próprias vítimas ajudaram a “conter” e aplicar o eletrochoque nos outros pacientes (ARBEX, 2018).

Um fator muito importante de se abordar são as internações compulsórias, pois elas se configuram como a maioria das internações ocorridas durante o modelo manicomial, uma vez que não se possuíam critérios específicos que as justificassem. Assim, muitas das institucionalizações se davam por fatores como comportamentos antissociais, opções sexuais, disputas por heranças, posturas políticas divergentes, ou seja, não estavam associadas a doenças mentais, mas sim a questões sociais, culturais e econômicas, que autorizavam o isolamento dessas pessoas (RIO GRANDE DO SUL, 1999).

A falta de critério para as internações foi uma realidade presente na grande maioria das instituições psiquiátricas. Conforme Arbex (2018, p. 25) “desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive os diagnósticos”, era comum, a separação dos pacientes por alas conforme o diagnóstico. A morte era banalizada em tais instituições, pois se possuía a necessidade dela ser exercida através de rituais públicos, com o intuito de causar o receio e o medo nos outros. Os *cortejos*, se é que assim podem ser chamados, serviam como espetáculos públicos para a cidade assistir, inclusive para as crianças eles simbolizavam diversão e brincadeiras. As mortes eram vistas como descritas pelo guarda do hospital, como apenas mais uma, vidas desnecessárias e sem importância que encontraram seu fim (ARBEX, 2018).

As tecnologias de assassinato vem se modificando ao longo dos tempos não só como formas de se “civilizar” as formas de matar, mas também para eliminar um maior número de vítimas em menores espaços de tempo. Da mesma maneira que a mecanização dos meios de matar distancia ainda mais o assassino da vítima, ao ponto do primeiro não ter a consciência de que está cometendo um crime (MBEMBE, 2018). Tal situação fica explícita nos relatos de situações ocorridas nos hospitais psiquiátricos, uma vez que os pacientes eram destituídos de qualquer humanidade e os funcionários atuavam nos locais de maneira mecânica sem perceber a real situação e quando a percebiam se sentiam impotentes (ARBEX, 2018).

Foi somente no período do pós-guerra que a sociedade passou a voltar-se aos hospícios, momento no qual se percebe que os tratamentos e as condições ofertadas aos pacientes ali internados, pouco se diferenciavam das condições de vida dos campos de concentração nazistas, ou seja, a ausência de dignidade. Neste momento começam a surgir

pequenos movimentos que posteriormente serão intitulados como as reformas psiquiátricas, aqui no plural devido às diversas experiências reformistas que ocorreram em vários países pelo mundo, algumas com maior força que outras, como o caso da reforma italiana que exerceu e exerce influência no modelo brasileiro (AMARANTE, 2008).

A reforma italiana, que exerceu influência não só no Brasil, mas em diversos países, proporcionou a ruptura do saber e da prática psiquiátrica clássica tradicional, atingindo seus paradigmas. Amarante (1998, p.49) salienta que: “o que agora estava em jogo neste cenário dizia respeito a um projeto de desinstitucionalização, de desmontagem e desconstrução de saberes/práticas/discursos comprometidos com uma objetivação da loucura e sua redução à doença”. Convém ressaltar que a desinstitucionalização não pode ser confundida com a desospitalização, uma vez que desospitalizar diz respeito à extinção dos manicômios e hospícios enquanto desinstitucionalizar compreende a instituição em seu sentido dinâmico e complexo enquanto produtora de práticas, discursos e saberes que determinam formas de agir, pensar e perceber relacionadas aos fenômenos culturais, sociais e históricos (AMARANTE, 1998).

O final da década de 70 configura-se como o marco inicial da reforma psiquiátrica brasileira, pois neste momento surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), com uma série de críticas, denúncias e acusações ao governo militar, reivindicando direitos dos trabalhadores e posteriormente de usuários. Nos anos seguintes, uma série de movimentos se articularam no Brasil culminando no lema “por uma sociedade sem manicômios”. Posteriormente sucedem-se diversas intervenções em casas de saúde e manicômios, fazendo com que se inicie a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e projetos de leis referentes à saúde mental e atendimento aos usuários (AMARANTE, 1998).

A ruptura com o sistema tradicional asilar deslocou o objeto do cuidado da doença para os sujeitos em sofrimento que fez com que o cuidado em saúde mental precisasse ser reformulado com o intuito de acolher as demandas dos indivíduos e colocá-los enquanto mediadores da resolução e não mais como seres passivos ao poder do médico. A premissa do cuidado em liberdade rompeu definitivamente com a necessidade de manter os sujeitos afastados da sociedade e de seus meios (ALVES, GULJOR, 2004).

Nesse sentido, Lazarrato (2013) afirma que as formas e os meios de governar vão se modificando ao longo do tempo e que diz respeito a grande questão de como conduzir a conduta dos outros, o que exige sutileza já que “governar é exercer uma ação sobre ações possíveis. Governar consiste em agir sobre sujeitos que devem ser considerados livres” (p.

41). Fala-se então de uma arte de governar, que se desenvolve através do mercado e da sociedade e se fundamenta na sutileza de intervenções que organizam todos os âmbitos da vida das pessoas de forma apurada sem que elas se quer percebam.

Durante o século XIX ocorreram significativas transformações nos mecanismos de poder que deslocaram a forma com o direito a morte se constituía, passando a apoiar-se em um poder que gere e ordene a vida. Nesse momento as guerras passaram a acontecer não mais em nome do soberano, mas sim em nome da defesa de todos, matar para permanecer vivo. Quando o poder assume a função de gerir a vida substitui-se o direito de deixar viver e fazer morrer pelos poderes de fazer viver e deixar morrer. A morte adquiriu novos significados, sofreu uma desqualificação e passou a ser algo privado e vergonhoso que deve ser escondido, pois ela escapa de qualquer poder e volta-se a si mesma (FOUCAULT, 1999; 2005).

Foucault (2008) inscreveu o conceito de biopoder a partir do entendimento de práticas oriundas nas sociedades ocidentais modernas que se voltaram à regulação e a gestão dos processos vitais humanos. O biopoder é, portanto, o poder sobre a vida que tem por objetivo administrar populações ao levar em conta sua realidade biológica fundamental, e por meio de sua instalação em nossa sociedade a partir do século XVII, estabeleceu-se uma série de conhecimentos, leis, medidas e normas que visam o controle dos fenômenos de aglomerações, epidemias, modificação dos espaços urbanos e organização da economia.

Foucault define o biopoder enquanto “o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder” (FOUCAULT, 2008, p.3). Se o poder soberano atuava por meio do confisco, subtração, apreensão, extorsão e pelo princípio que legitimava provocar a morte ou deixar viver aos súditos, na lógica do biopoder os mecanismos de poder objetivam a produção da vida e o deixar morrer. Antes as guerras tinham como objetivo a proteção do soberano, no biopoder elas visam assegurar a existência de todos. Nesse sentido o racismo se configura enquanto um importante operador, visto que ele se insere enquanto um mecanismo fundamental do poder.

Entende-se por racismo o meio pelo qual no domínio da vida se inseriu um corte entre quem deve viver e morrer. É a maneira pela qual biologicamente a espécie humana é dividida e subdividida em grupos que compreende o aparecimento, distinção e a hierarquização das raças. O racismo possui duas funções, a fragmentação e corte no contínuo biológico da espécie humano que separará os indivíduos e também o papel que vai permitir que a morte do outro aconteça, na medida em que ela signifique não só a minha própria segurança, mas

também deixe a vida mais sadia e forte, eliminando assim um perigo biológico e fortalecendo a espécie (FOUCAULT, 1999).

Já a biopolítica faz-se presente no final do século XVIII quando as técnicas de adestramento dos corpos se articularam a dispositivos que atuam sobre os indivíduos agora enquanto homem-espécie e não apenas homem-corpo. A biopolítica volta-se a população enquanto a massificação dos indivíduos. O biopoder constitui-se por meio de dispositivos de intervenção sobre os processos vitais que divide-se na anátomo-política do corpo e na biopolítica da população, aliando os dispositivos disciplinares e os mecanismos de segurança (FOUCAULT, 1999). Enquanto os mecanismos disciplinares são mais duros, definitivos e permanentes agindo sobre fatos e leis, os mecanismos de segurança agem sobre acontecimentos possíveis, sobre os detalhes e o que está por vir (LAZZARATO, 2013).

Leitor de Foucault e considerado um dos mais agudos pensadores de atualidade Achille Mbembe é filósofo, teórico político, historiador, professor e escritor. Nascido em Camarões é professor de História e Ciências Políticas na Universidade de Witwatersrand em Joanesburgo e na Duke University nos Estados Unidos. Dedicou-se aos estudos e escritos a cerca das temáticas de raça, escravidão, descolonização e negritude, sendo um dos poucos teóricos que pensa o contexto global contemporâneo a partir do continente africano. Autor de livros como *Crítica da razão negra*, *Políticas da Inimizade e Necropolítica* (MBEMBE, 2018).

Para Mbembe (2018, p. 5) “a expressão máxima da soberania reside, em grande medida, no poder e na capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer”, ou seja, ser soberano é exercer o controle sobre a mortalidade bem como definir a vida em suas manifestações de poder. Ou seja, o autor vale-se dos conceitos de Foucault de biopolítica e biopoder para desenvolver a noção de necropolítica ao questionar:

Sob quais condições práticas se exerce o poder de matar, deixar viver ou expor à morte? Quem é o sujeito dessa lei? O que a implementação de tal direito nos diz sobre a pessoa que é, portanto, condenada à morte e sobre a relação que opõe essa pessoa a seu ou sua assassino/a? Essa noção de biopoder é suficiente para compatibilizar as formas contemporâneas em que o político, por meio da guerra, da resistência ou da luta contra o terror, faz do assassinato do inimigo seu objetivo primeiro e absoluto? A guerra, afinal, é tanto um meio de alcançar a soberania como uma forma de exercer o direito de matar (MBEMBE, 2018, p. 6-7).

As novas formas de dominação estão fazendo surgir uma nova maneira de governamentalidade que possui como principal característica a sujeição da vida ao poder máximo da morte. No contexto do necropoder surgem, portanto, territórios que ambientam uma “topografia da crueldade” compostos por populações que figuram marcadores

incondicionais passíveis de serem mortos. Manifesta-se um novo paradigma no qual a distribuição das mortes é controlada e calculada, configurando assim o que Mbembe denomina como necropolítica (ALVES, 2011).

Maya Neto (2018) acredita que o biopoder pode ser comparado à necropolítica e afirma que o que Mbembe fez foi *complicar* o conceito de Foucault ao considerar a escravidão, os estados de exceção e a situação da Palestina e de Israel. “O conceito de Mbembe mantém a fronteira entre vida e morte ao mesmo tempo em que se livra da pressuposição de que o controle social objetiva a redução da mortalidade” (p.163). No entanto, convém salientar que apesar de concordar com o autor camaronês quando aborda a questão dos massacres como parte importante do controle social, Maya Neto discorda dele ao julgar que a colonialidade já fazia uso desses recursos violentos há muito mais tempo, seja no genocídio das populações indígenas por parte de países como Espanha e Portugal, assassinado de negros escravos no Brasil, ditaduras e tantas outras situações que comprovam que os massacres não são algo novo.

Entende-se que a colonialidade não faz referência apenas a uma classificação racial, mas é um fenômeno abrangente e um dos eixos do sistema de poder permeando todo o controle de acesso ao sexo, autoridades coletivas, trabalho, subjetividade e produção de conhecimento. Mesmo que a raça funcione como um marcador extremamente importante no conceito de colonialidade, aqui ele é utilizado em um sentido mais amplo que contemple e combine gênero, raça e subjetividade. Uma colonialidade do poder que pode ser exemplificada por meio da divisão entre colonizadores e colonizados que é reproduzida atualmente na sociedade brasileira por meio dos privilégios (MAYA NETO, 2018).

Os massacres tem sido, portanto, parte integral da colonialidade e coexistem juntamente com o policiamento e o confinamento de corpos em prisões, hospitais, manicômios, quartéis e até mesmo nas escolas (MAYA NETO, 2018). Para Mbembe (2018) a ocupação colonial na atualidade se utiliza de vários poderes disciplinares, biopolíticos e necropolíticos, combinação essa que possibilita a dominação absoluta dos habitantes do território. Nesse sentido o Estado pode se transformar, se apropriar e até ajudar a criar máquinas de guerra que possuem característica de organização política e de uma empresa comercial, operando por meio da captura e depredação.

Tomando por base o conceito de necropolítica podemos compreender e analisar diversos contextos sociais, evidentemente o mais explorado diz respeito às questões raciais. Convém, portanto, destacar a condição de escravo, aqui entendida, como uma perda tripla, uma vez que significa a perda de um “lar”, perda de direitos de seu corpo e a perda do estatuto

político. Ou seja, equivale a uma dominação total e absoluta, configurada pela alienação da nascença e caracterizada por uma morte social, eximindo-o de sua humanidade (MBEMBE, 2018).

Por fim, Maya Neto (2018) ressalta que, em uma sociedade assombrada por identidades (neo)coloniais como a nossa, a desumanização, o confinamento, a exploração e os maus-tratos a corpos vivos e mortos constituem uma forma de necropolítica específica que está restritamente fundamentada na colonialidade de poder e de gênero. Uma vez que os corpos confinados e mortos pelas mãos do Estado são aqueles por ele considerados indesejados e desnecessários, fala-se então de uma necropolítica da colonialidade que segrega e estigmatiza os indivíduos utilizando-se dos marcadores de poder e gênero para apartá-los de sua humanidade e torna-los alvos de violência.

3 CAMINHOS INVESTIGATIVOS

Conforme mencionado, o campo das políticas públicas é bastante dinâmico e passa por constantes reformulações e alterações que exigem a atualização contínua de estudos e pesquisas a respeito. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Mental brasileira, sustentada pela Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, foi revista e alterada através da publicação da Nota Técnica nº 11/2019 divulgada pelo Ministério da Saúde em 04 de fevereiro de 2019. Tenho por objetivo aqui compreender quais estratégias biopolíticas/necropolíticas se fazem presentes na forma como o documento apresenta a Política Nacional de Saúde Mental brasileira atual. Este trabalho inscreve-se em uma perspectiva foucaultiana, utilizando-se, portanto, não propriamente de um método, mas de operadores conceituais, dos quais destacam-se: discurso, poder, biopolítica, propostos por Michel Foucault, articulados com o conceito de necropolítica, proposto por Mbembe, em sua crítica à biopolítica foucaultiana.

Fischer (2001) vale-se do conceito de Foucault de discurso ao assegurar a importância dos pesquisadores recusarem explicações e interpretações homogêneas e fáceis. Ao analisar discursos, deve-se ficar atento às relações históricas e práticas que neles estão presentes e vivos, visto que os discursos estão imersos em relações de saber e poder que se implicam mutuamente. Eles existem para além das letras, palavras e frases, não podendo ser entendidos apenas como meras expressões, mas sim enquanto permeados por uma rede conceitual e própria. Nesse sentido, o papel do pesquisador é o de constituir unidades com o objetivo de mostrar como certos enunciados aparecem e de que maneira eles estão dispostos no conjunto.

Convém salientar ainda que cada formação discursiva compreende simultaneamente vários campos de relações, ocupando espaços distintos segundo os jogos de poder que a ele estão dispostos (FISCHER, 2001). Azevedo (2013), apoiado em Foucault, afirma que não podemos pensar ou falar de qualquer coisa em qualquer época, pois precisamos sempre considerar as condições históricas envolvidas no aparecimento de objetos discursivos, uma vez que o discurso se configura enquanto um conjunto de enunciados que estão apoiados em uma mesma formação discursiva, bem como ele não possui apenas um sentido ou uma verdade. Nesse sentido, enquanto pesquisador, é preciso estar sempre atento à forma como as instituições e seus processos econômicos e sociais acabam por dar lugar a tipos definidos de discursos.

O discurso é uma rede de enunciados ou de relações que tornam possível haver significantes. A palavra discurso tem em si a ideia de percurso de movimento, o objeto da análise do discurso é estudar a língua em função de sentido. Cada sociedade tem seus propósitos culturalmente estabelecidos na ordem de diferentes discursos que sempre serão políticos (AZEVEDO, 2013, p. 155-156).

Sabe-se que os discursos são feitos de signos e que mais do que designar coisas eles relacionam a língua com as práticas do campo social, pois envolvem a fabricação, ajuste, aplicação e a produção de discursos tanto nas instituições quanto nas relações sociais. Eles tanto definem saberes como determinam funções e formas de se portar em determinadas épocas (AZEVEDO, 2013). Foucault (1996) salienta que todo e qualquer discurso está sempre impregnado de poder e busca por meio de indagações compreender as maneiras pelas quais o poder está vinculado a determinados discursos com o intuito de produzir efeitos de verdade. O autor destaca ainda que “ninguém entrará na ordem do discurso se não satisfizer a certas exigências ou se não for, de início, qualificado para fazê-lo” (FOUCAULT, 1996, p. 37).

3.1 Materialidade de análise

A Nota Técnica nº 11/2019 teve como objetivo esclarecer sobre as mudanças na Política Nacional da Saúde Mental e dispor sobre as novas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. A publicação acarretou em significativas alterações na política que define as estratégias e diretrizes adotadas no país inteiro com o objetivo de organizar o tratamento e a assistência prestada aos pacientes em sofrimento devido a adoecimentos decorrente de transtornos mentais ou por uso de substâncias psicoativas.

Antes de tudo é preciso estar ciente de que a Nota Técnica de 04 de fevereiro de 2019 trata-se de uma compilação de diversas resoluções e portarias distintas publicadas entre dezembro de 2017 e agosto de 2018. Ou seja, o que o Ministério da Saúde fez em conjunto com a Secretária de Atenção à Saúde, o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas foi juntar documentos isolados que alteravam a política de saúde mental brasileira em um único arquivo com o intuito de facilitar e esclarecer acerca das mudanças que já haviam sido realizadas nos anos anteriores.

Sendo a mais significativa delas a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 que alterou as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017 ao dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial. Onocko-Campos (2019) afirma que a Portaria 3.588 se caracterizou como o início do grande capítulo dos retrocessos, pois em *uma canetada* nos devolveram ao século XIX. Destaca-se ainda que as alterações mais significativas foram realizadas nos últimos dias do ano de 2017 e nos primeiros meses de 2018, “publicada no apagar da luz de 2017, durante o ilegítimo governo Temer” (p. 3).

Tal portaria reintroduz, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o Hospital Dia que antes havia sido suprimido pela instauração dos CAPS, institui uma nova modalidade de Centro de Atenção Psicossocial, o CAPS AD IV, bem como estabelece um nível secundário de atenção em saúde mental composto por Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas. Ficaram também reajustados os valores pagos em relação às internações hospitalares e incentivos financeiros e custeios para a implementação dos novos serviços (BRASIL, 2017).

Ao abordar as políticas públicas de saúde mental no contexto brasileiro faz-se preciso sempre a menção à Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, popularmente conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental no país. Proposta pelo deputado federal Paulo Delgado configura-se como o grande marco da Reforma Psiquiátrica brasileira, visto que redirecionou a assistência em saúde mental ao pautar-se pelo cuidado em liberdade, o qual privilegia o tratamento em serviços comunitários de saúde. A Lei entrou em vigor após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, sancionada pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso (BRASIL, 2001).

No entanto, apesar de redirecionar o modelo assistencial em saúde mental e dispor sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais, o documento não deixa claro nem institui mecanismos específicos para a progressiva extinção dos manicômios. Foi a partir da aprovação da Lei que a Reforma Psiquiátrica brasileira ganhou sustentação e visibilidade. Assim, no ano seguinte, o Ministério da Saúde, por meio da aprovação da Portaria nº 336, destinou recursos financeiros específicos para a criação de uma rede territorial de serviços de saúde mental e estabeleceu a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III (BRASIL, 2002). A Lei constitui-se então como o grande marco da Reforma Psiquiátrica no cenário brasileiro.

Desta forma, a materialidade de análise utilizada foi a Nota Técnica, tendo como contraponto a Lei nº 10.216 de 2001. Em um primeiro momento, busca-se analisar como os documentos mencionados compreendem os sujeitos ditos doentes mentais e de que maneira os discursos acerca da loucura e dos sujeitos loucos são contemplados tanto na Nota Técnica quanto pela Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, problematizam-se as formas pelas quais os dois documentos se referem à questão do cuidado a esses sujeitos e os descolamentos que ocorrem entre um documento e outro, bem como os dispositivos que cada um aciona no sentido das distintas formas de gerir a vida dos indivíduos.

4 PONTOS DE REFLEXÃO E PROBLEMATIZAÇÃO

A partir da análise realizada acerca da Lei 10.216 de 2001 e na Nota Técnica 11/2019, constituiu-se dois eixos de análise como foco de problematização nesta pesquisa: 1) Que sujeitos são esses – Discursos acerca da loucura e dos loucos e 2) Formas de gerir vidas - Modalidade de cuidado e tratamento, os quais serão discutidos neste capítulo. Além disso, antes de iniciar a análise propriamente dita, faz-se necessário alguns apontamentos acerca das maneiras como ambos os documentos compreendem os sujeitos ditos doentes mentais. Nesse sentido, a Lei da Reforma Psiquiátrica, conforme já mencionado, teve como objetivo dispor sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais, assim como romper com o modelo de assistência prestado a eles, bem como com o discurso de loucura que se tinha até então, promovendo um novo estatuto social aos indivíduos.

A tentativa de romper com o modelo asilar, proposta pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, requeria e deveria fundamentar antes de tudo uma mudança acerca da visão construída sobre a loucura e os lugares que esses sujeitos deveriam ocupar. Conforme já abordado, os discursos sobre a loucura foram se modificando ao longo do tempo, bem como os espaços e papéis destinados aos sujeitos loucos, até então o espaço dos hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, a Lei 10.216 refere-se aos sujeitos como pessoas portadoras de transtornos mentais ou pessoas acometidas por transtorno mental e tem como principal objetivo fundamenta-los enquanto sujeitos de direitos que devem ser protegidos contra qualquer forma de discriminação, assim como define e nomeia os direitos dessas pessoas.

Segundo preconizado a partir desta legislação, os indivíduos portadores de transtornos mentais devem ser vistos enquanto sujeitos vulneráveis que necessitam de cuidados e proteção tanto da esfera pública quanto por parte da sociedade como um todo. Outro ponto importante abordado em diversos momentos do documento diz respeito à percepção dos sujeitos enquanto seres sociais e relacionais, visto que o grande objetivo do cuidado é a reinserção social das pessoas no âmbito familiar, no mercado de trabalho e na comunidade a qual elas pertencem. Ponto esse que rompe com a lógica manicomial, uma vez que o modelo asilar tinha como principal prática o distanciamento e o isolamento dos sujeitos em hospitais psiquiátricos, na maioria das vezes distantes dos centros urbanos. A Lei 10.216 se refere, portanto, às pessoas acometidas por transtornos mentais enquanto sujeito de direitos e sociais que requerem proteção e respeito com o intuito de reinseri-los nos espaços urbanos (BRASIL, 2001).

Já a Nota Técnica inicia informando que as legislações compiladas foram medidas tomadas para atender anseios advindos de movimentos sociais e desafios enfrentados pelos profissionais da área. No entanto, ao abordar a necessidade de um processo evolutivo de aprimoramento no modelo de assistência em saúde mental, ressalta que não perdeu a essência e o respeito à lei da Reforma Psiquiátrica. O documento se refere “às pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, dentre outros, incluindo aqueles com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas” (BRASIL, 2019, p. 3).

Ao abordar a taxa deficitária de cobertura de leitos psiquiátricos segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde, a Nota Técnica ressalta um significativo aumento dos diagnósticos de doenças mentais, bem como sua ocorrência e gravidade. Cita as elevadas taxas de suicídio, aumento de pacientes com transtornos mentais em situação de rua, proliferação de zonas urbanas como a cracolândia, elevação dos índices de morte de pacientes com transtornos mentais e dependentes químicos, aumento significativo dos afastamentos do trabalho devido processo de adoecimento, assim como a elevada demanda por serviços de urgência e emergência. Tais questões, segundo disposto no documento, são resultado da falta de leitos psiquiátricos especializados para atendimento aos pacientes. Pontua-se ainda a crescente prevalência dos transtornos mentais, dependência de álcool e drogas e elevação nas taxas de suicídio em populações indígenas (BRASIL, 2019).

Outro ponto relevante em relação ao disposto na nota técnica diz respeito à afirmativa de que “houve migração considerável de doentes mentais graves para a população prisional, sendo as cadeias o maior manicômio do Brasil na atualidade. São estimados mais de 50.000 doentes mentais graves no cárcere” (BRASIL, 2019, p. 5). A Nota Técnica estabelece, assim, uma relação entre os transtornos mentais e o sistema prisional, ou seja, vincula-se loucura e periculosidade. Temos, então, de um lado, na Lei 10.216, o louco enquanto um sujeito de direitos e um ser sociável que necessita de proteção, e de outro, na Nota Técnica, a noção de pacientes que apresentam transtornos mentais, bem como o aumento dos índices e elevação de taxas relacionadas à prevalência e intensidade dos transtornos mentais juntamente com a retomada do conceito de periculosidade.

4.1 Que sujeitos são esses – Discursos acerca da loucura e dos loucos

A partir da análise realizada, é possível perceber que ambos os documentos compreendem a loucura enquanto uma doença mental, uma patologia que necessita de cuidado e tratamento,

porém os discursos produzidos a partir disso são muito distintos, uma vez que a Nota Técnica, como trazido acima, retoma os discursos que vinculam loucura à periculosidade e a incapacidade. Discursos esses que a Lei da Reforma Psiquiátrica buscou superar ao fundamentar os sujeitos loucos enquanto sujeitos sociáveis e de direitos.

Segundo Foucault (1975), a loucura adquiriu o status de doença mental no Ocidente em uma época recente, pois, até o advento da medicina positiva, o louco era considerado com um ser possuído e a loucura vinculava-se à religiosidade e à mágica. Para o autor, a doença mental configura-se enquanto a loucura alienada e a sua teorização está ligada a um sistema de práticas que organizam uma rede médica, profilaxias, formas de assistência e cuidado, critérios de cura, definição de incapacidade civil e irresponsabilidade penal. Ou seja, ela diz de todo um conjunto de questões que definirá em dada cultura como será a vida dos sujeitos loucos.

Venturini, De Mattos, Oliveira (2016) ao abordarem a questão das prisões e manicômios judiciais brasileiros, fazem uma crítica à forma como as prisões se constituem no Brasil como espaços de amontoados humanos que não só não deixaram de existir ao longo do tempo, como também ganham outras utilidades, sendo a principal delas a de conter usuários de drogas pobres, pretos ou pardos. Levando-se em conta que a principal utilidade das prisões atualmente é a contenção de dependentes químicos, e partindo do pressuposto de que a dependência química é uma doença mental, pode-se compreender como a Nota Técnica entende que os apenados são em sua maioria doentes mentais e como o cárcere tem relação com o manicômio.

No entanto, os autores compreendem as prisões, o sistema carcerário e os manicômios enquanto um sistema complexo e lucrativo, que existe devido às diversas forças que os sustentam bem como a sociedade se divide entre o desejo que quer mantê-los e o de desejo de aboli-los. Precisa-se ainda abordar um tema de suma importância quando se fala em cárcere e manicômios no Brasil que é a questão do racismo, visto que a perpetuação da escravidão fica evidente na perpetuação dos manicômios e outras instituições brasileiras. “A prisão fracassa ao reduzir os crimes, mas é exitosa ao produzir a delinquência, tipo especificado, forma política de ilegalidade. Ocorre assim a produção de delinquentes como sujeitos patologizados” (VENTURINI, DE MATTOS, OLIVEIRA, 2016, p. 318).

Estudos mostram que a loucura, na maioria das vezes, não é congênita, mas que os sujeitos enlouquecem pelas mais distintas razões, em sua maioria relacionadas a vidas de privações, descaso, desatenção e miséria, ou seja, não vinculado à ausência de razão, mas a questões sociais importantes. Além disso, fatores econômicos se fazem presentes nos

discursos acerca da loucura, visto que os hospícios fizeram a economia girar, na mesma medida em que as instituições penais atuais também o fazem. O capitalismo produz ao mesmo tempo novos consumidores e o fosso destinado aos consumidores falhos. Evidencia-se, portanto, uma importante relação entre pobreza, criminalidade e loucura (VENTURINI, DE MATTOS, OLIVEIRA, 2016).

Se o pobre é também portador de um transtorno mental menos mal, pensam, mais fácil será contê-lo e disso extrair algum lucro, já que é impossível sugar-lhe a mais-valia pelos métodos, digamos assim, “tradicionalistas”. O problema maior da política de criminalização em massa não é de liquidez, mas de solvência, como diriam os economistas. Mas o que estamos discutindo na verdade com a criminalização em massa? O direito dos credores ou dos devedores? Queremos salvar os bancos ou os correntistas? (VENTURINI, DE MATTOS, OLIVEIRA, 2016, p. 71-72).

Silva e Huning (2017) ao analisarem o dispositivo das drogas e como ele é utilizado para explicar o assassinato de moradores de rua dispõem sobre uma importante ambiguidade e contradição que emerge. A oposição está na forma como os sujeitos são compreendidos enquanto criminosos envolvidos com drogas e também enquanto sujeitos em situação de risco social. Ambos os discursos acerca dos sujeitos são rearranjados de uma forma que coexistam ao ponto de formarem um discurso coerente que exija intervenções políticas frente às condições de vida dos moradores de rua.

A Nota Técnica age da mesma maneira ao abordar os doentes mentais enquanto criminosos e perigosos ao mesmo tempo em que os enxerga enquanto sujeitos incapazes e em situação de risco. Percepção essa que exige uma intervenção política conforme mencionado no documento por parte das políticas de saúde mental e de saúde prisional (BRASIL, 2019). A partir da necessidade de governar esses sujeitos que se criam condições e ações de intervenção na vida dos indivíduos que passam a ser alvo de práticas com o objetivo de amenizar seu sofrimento. Emerge então um cenário propício para ações de tutela dos sujeitos loucos, com enfoque aos usuários de substâncias psicoativas (SILVA, HUNING, 2017).

A criminalização da loucura originou-se no século XIX no momento no qual a loucura começou a ser percebida por meio do julgamento moral e social e suas manifestações através de atos e impulsos agressivos e violentos estabeleceram uma relação entre o louco e o sujeito criminoso e perigoso. É essa identidade estabelecida entre doente mental e criminoso que originou a instituição de medidas de segurança e a inimizabilidade penal que culminou no estabelecimento das prisões e manicômios enquanto instituições de controle dos sujeitos, com objetivo de promover a reforma psicológica e moral dos indivíduos (VENTURINI, DE MATTOS, OLIVEIRA, 2016.)

Ao mesmo tempo em que a Nota Técnica aborda um discurso a respeito da loucura a partir da ideia de periculosidade, entendendo os loucos como potencialmente perigosos ela também vincula a loucura à incapacidade, na medida em que menciona os crescentes dados em relação aos afastamentos do mundo laboral devido transtornos mentais. Estabelece-se então uma ambiguidade, visto que os loucos são ao mesmo tempo criminosos perigosos e sujeitos incapazes que estão em situação de risco e necessitam de cuidados. Tais discursos se organizam de uma maneira em que não só existam simultaneamente como também se aliam e formam um discurso coerente e único.

Enquanto a Nota Técnica reproduz discursos da loucura aliados à criminalidade e a incapacidade, a Lei 10.216 buscou romper com esses discursos e com as práticas manicomiais ao fundamentar os doentes mentais enquanto sujeitos de direitos e seres sociais. Assim sendo, convém problematizar a noção de sujeito de direitos e seus desdobramentos. Segundo Guareschi, Lara, Adegas (2010) o Estado moderno construiu a figura dos sujeitos dotados de direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais a partir de práticas estatais e não-estatais que intervêm nos fenômenos da vida da população. A concepção de sujeito de direito é advinda de um processo filosófico que caracterizou o aparecimento do sujeito moderno.

Segundo Foucault (2008) os sujeitos de direitos são aqueles que possuem direitos naturais, mas que aceitam cedê-los, admitindo o princípio da renúncia ou da transferência dos direitos ao outro, e é “isso que vai caracterizar a dialética ou a mecânica do sujeito de direito, e é aí, nesse movimento, que emergem a lei e a proibição” (p. 374). O liberalismo faz surgir outra figura, o sujeito de interesses, sendo que os dois não obedecem à mesma lógica, uma vez que o segundo participa de uma mecânica diferente, que nunca exigirá a renúncia de seus interesses. Convém destacar que o sujeito de direito é definido em torno de uma norma, do Direito, enquanto uma disciplina produtora de normalizações que faz uso de um aparelho criminal-punitivo como um de seus principais mecanismos normalizadores (MALCHER, DELUCHEY, 2018).

Guareschi, Lara, Adegas (2010) abordam o paradoxo que diz respeito a como governar sujeitos de direitos e atores econômicos que estão ajustados à mecânica do mercado econômico. Referindo que emerge uma contradição do contexto neoliberal que permeia as políticas públicas, visto que ao mesmo tempo em que o sistema jurídico determina os sujeitos de direitos o mercado produz os sujeitos econômicos que são sujeitos de interesses. Nesse sentido, destaca-se como o principal efeito o fato dos usuários das políticas públicas, serem geralmente aquelas pessoas que não possuem seus direitos básicos assegurados como saúde, moradia, educação e trabalho. As políticas públicas acabam por exercer uma função

compensatória às populações que não conseguem se adequar a lógica do mercado. Fortalecendo e fragmentando ainda mais a existência dos sujeitos de direitos e os sujeitos econômicos, ou seja, de um lado aqueles que usam as políticas públicas e do outro aqueles que são capazes de se sustentar nas práticas econômicas.

Com base no critério normativo que separa as subjetividades em categorias fixas de normal e anormal, o louco é aquele que de alguma forma transgredir as normas morais, sócias e jurídicas juntamente com os criminosos. Forma-se assim uma consciência acerca daqueles que são irracionais e incapazes de se comportar como sujeitos de direito, passando a ser concebidos como sujeitos de direito alienados, que são marcados por sua irresponsabilidade e incapacidade. Ao representar o erro e o delírio, eles manifestam aquilo que os outros não conseguem reconhecer, e logo aquilo que não tem o direito de existir, aqueles que não são sujeitos, pois rompem com o pacto social (MALCHER, DELUCHEY, 2018).

A Lei 10.216 ao fundamentar os doentes mentais como sujeitos de direitos, reconhece que os sujeitos loucos até aquele momento não eram sujeitos de direitos, dadas as constantes violações sofridas por eles nos espaços dos manicômios e asilos. Eles se caracterizavam como não-sujeitos, pois não se adequavam as normas sociais e entravam em choque com a sua própria sociedade (MALCHER, DELUCHEY, 2018). É com base nessa noção dos loucos como não-sujeitos que a Lei da Reforma Psiquiátrica vai emergir, definindo e citando no seu artigo 2º os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. A partir das noções de sujeito e dos discursos que ambos os documentos reproduzem acerca dos doentes mentais e da loucura é que se definem as modalidades de cuidado e tratamento dos mesmo.

4.2 Formas de gerir vidas – Modalidade de cuidado e tratamento

A principal mudança que ocorreu na Política de Saúde Mental brasileira a partir das resoluções publicadas desde 2017 diz respeito às modalidades de cuidado e tratamento para com os doentes mentais. A Lei da Reforma Psiquiátrica pauta-se pelo princípio do cuidado em liberdade, preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental, através dos meios menos invasivos possíveis. Indica-se a internação de qualquer modalidade somente quando todos os recursos extra hospitalares se exaurirem, e mesmo nas situações em que ela se fizesse necessária era vedada em instituições com características asilares (BRASIL, 2001).

A lei estimulava o fechamento sistemático dos grandes hospitais psiquiátricos e determinou que os pacientes portadores de transtornos mentais, internados a longo tempo em instituições asilares e que possuíam casos graves de dependência institucional advindos do

quadro clínico ou de ausência de suporte social, deveriam ser alvos de políticas específicas com o objetivo de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida sendo responsabilidade das autoridades de saúde e do Poder Executivo assegurá-las.

No entanto, muitos manicômios e práticas asilares permanecem existindo, mesmo dezenove anos após a promulgação da lei da reforma psiquiátrica. Eles seguem em funcionamento devido forças poderosas existentes na sociedade brasileira, que não apenas os mantem, mas também os tornam necessários. A criação de manicômios e instituições asilares ocorreu principalmente para atender a necessidade de colocar em funcionamentos novos dispositivos de controle social que se fundamentavam no saber psiquiátrico. Estabeleceu-se assim, uma nova corrente penal com intuito de neutralizar personalidades perigosas. Sendo que as lógicas manicomiais e prisionais podem seguir funcionando mesmo nos espaços extramuros, além dos ambientes institucionais (VENTURINI, DE MATTOS, OLIVEIRA, 2016).

Logo na introdução da Nota Técnica, ao nominarem os serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), se salienta que todos os componentes são importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos, sem exceção. Nesse sentido, o Ministério da Saúde passou a abolir o termo rede substitutiva, pois entende que nenhum serviço substitui o outro, motivo pelo qual a expansão de leitos em unidades psiquiátricas especializadas em hospitais gerais passou a ser incentivada, visto que se entende nessa perspectiva que a desinstitucionalização não pode ser vinculada ao fechamento de hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2019). Evidencia-se aqui uma dissonância significativa entre o que preconiza a proposta da Reforma Psiquiátrica e o disposto na Nota Técnica em relação às formas de cuidado.

O documento aponta de forma breve sobre o aparelho de eletroconvulsoterapia (ECT) ter sido incluído na lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde. A partir disso, o Ministério da Saúde pode passar a financiar a compra do equipamento para utilização em caso de pacientes com transtornos mentais mais graves e refratários, pois afirmam que “quando se trata de oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais, há que se buscar oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população” (BRASIL, 2019, p. 6). Compreende-se, portanto, que tal forma de tratamento deva ser considerada no que diz respeito ao melhor aparato terapêutico que deve estar à disposição dos pacientes no âmbito do sistema público de saúde.

Ainda em relação às modalidades de cuidado e tratamento aos doentes mentais incluem-se na RAPS os seguintes pontos: Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental – Unidades Ambulatoriais; Hospital Psiquiátrico e Hospital-Dia. Foi instaurada uma nova modalidade de Centro de Atenção Psicossocial, o CAPS AD IV, destinado a atender pessoas com quadros graves e intenso sofrimento devido o uso de crack, álcool e outras drogas em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estados, com funcionamento 24h todos os dias da semana. Ampliou-se ainda a capacidade dos Serviços Residências Terapêuticos, bem como alterou os valores financeiros destinados ao pagamento dos serviços de internação em saúde mental e custeios fornecidos para a adequação ou implementação dos novos serviços (BRASIL, 2019).

Venturini, De Mattos, Oliveira (2016) ao questionarem o porquê dos avanços na área do direito penal e da psiquiatria não atingirem o modelo manicomial hospitalocêntrico, afirmam que a contenção penal e manicomial não tem qualquer serventia aos doentes mentais e criminosos. No entanto, destacam que elas servem para algumas poucas pessoas que lucram em cima dessas instituições, aqueles que os autores denominam de oportunista e mal-intencionados de todos os gêneros. Fazendo uma importante crítica em relação à questão do financiamento e os incentivos de custeio as instituições, com enfoque aos atuais residenciais terapêuticos.

Nesse sentido salienta-se que:

Os donos de hospitais psiquiátricos, que sempre se locupletaram com a verdadeira farra que eram as autorizações de internação hospitalares – AIHs -, agora se assanham novamente para lucrar – e muito – com a praga da internação dos usuários de drogas, em especial o crack, nas chamadas “comunidades terapêuticas” que, apesar do nome havido em apropriação indébita da ideia original, transformaram-se em “manicômios com deus”. [...] É óbvio que a internação forçada não faz ninguém largar nada, seja vício, desespero ou mal de amor. Os verdadeiros drogaditos são os que pensam que podem tudo com o dinheiro e fazem circular a ideia (obviamente paga de alguma maneira) de que a internação psiquiátrica livraria os usuários de crack do pior demônio: a tristeza deles mesmos (VENTURINI, DE MATTOS, OLIVEIRA, 2016, p. 68-69).

Silva e Huning (2017) ao abordarem as ações de tutela sobre os sujeitos destacam a exacerbação das internações involuntárias de usuários de drogas com base na defesa da vida e da segurança de todos. As práticas de internamento se efetivam em sua associação com o discurso médico de proteção à vida dos sujeitos e da população. A Nota Técnica vai de encontro a tais discursos ao abordar a questão das drogas e dos dependentes químicos como um dos principais “problemas” em saúde mental na atualidade. Compreendendo esses sujeitos enquanto seres que estão em risco social ao mesmo tempo em que representam um perigo

iminente para a sociedade, que faz com que intervenções por parte do Estado sejam necessárias com o intuito de garantir a proteção de todos.

As comunidades terapêuticas e o CAPS AD IV, estimulados pela Política de Saúde Mental atual, são oriundos dos discursos acerca do combate às drogas e dos mecanismos de poder envolvidos nesses discursos que se atrelam a um amplo projeto normalizador das relações sociais. Já que a política brasileira adota a perspectiva da patologização do uso de drogas, e como doença necessita de tratamento e remédio. Tratamento esse que só pode ocorrer nessa perspectiva caso o usuário cesse completamente o consumo de drogas. O discurso médico-biológico apoia, portanto o tratamento em comunidades terapêuticas ao se pautar pela abstinência que pode ser atingida através do isolamento social, promovendo cada vez mais a lógica do proibicionismo (FOSSI, GUARESCHI, 2019).

Partindo do pressuposto de que as internações em hospitais psiquiátricos e em instituições manicomiais não eram a solução e não apresentam qualquer resultado positivo, além de provocarem mais danos aos sujeitos, foi com que Lei da Reforma Psiquiátrica surgiu. Insistindo que deveria haver outra alternativa para o cuidado e tratamento dos doentes mentais, mais próxima ao seu ambiente comunitário e em liberdade. De forma distinta a lógica manicomial que se pautava pelo isolamento, patologização de condutas, disciplina e punição para controlar os sujeitos loucos, as formas de cuidado e tratamento propostas pela Lei 10.216, nos diz sobre uma outra forma de gerir a vida dos sujeitos doentes mentais.

Quando os loucos voltam pouco a pouco a ocupar os espaços públicos das cidades após anos de isolamento, a organização manicomial foi se impondo e se alastrando para além dos muros das instituições asilares. Momento no qual os avanços tecnológicos tiveram que dar conta da reconstrução desses sujeitos, o que ocorreu por meio do advento dos psicofármacos, que permitiram a sociedade aceitar os loucos dentro de seus limites e não mais escondidos fora dos espaços urbanos. Surge uma lógica que admite que “pedaços de gente ou gente em pedaços são reconstruídos assim como casas, edifícios, cidades, países” (VENTURINI, DE MATTOS, OLIVEIRA, 2016, p. 66).

Para Martins (2004) a sociedade moderna estabeleceu um ideal de saúde que se propaga por meio das mídias e da indústria médica, ao ponto de qualquer sinal de dor e incomodo ser visto como ultrajante. Sendo qualquer diferença em relação ao que se considera ideal percebida como um desvio que necessita ser aniquilado e corrigido. No entanto, na cultura da saúde ideal, apesar dos psicofármacos, da biotecnologia e das ciências, as pessoas ainda sentirão dor e ainda se sentirão doentes, fazendo com que busquem auxílio nos profissionais da saúde, que também sentem dores e ficam enfermos. A medicalização

estabelecida em nossa cultura tem então “como mortos e feridos os pacientes e os próprios médicos” (p. 26).

A medicalização de condutas consideradas anormais já se estendeu a quase todos os domínios da existência humana, pois, diagnósticos e transtornos novos surgem a todo o momento, agrupando fenômenos diversos e heterogêneos. Iniciou-se então um novo modelo de classificar os desvios e anomalias que culminou em uma nova forma de intervenção sobre a vida dos indivíduos. Dessa forma, a psiquiatria passou a defender a ordem social ao demandar a gestão da normalidade, uma transformação epistemológica que fez com que a psiquiatria expandisse suas intervenções para quase todos os comportamentos humanos, legitimando assim a medicalização até do que não é patológico (CAPONI, 2009).

É preciso ter ciência de que a psiquiatria criou um ideal de normalidade e de ordem mental, a fim de que as discussões epistemológicas a respeito do conceito de normalidade estejam sempre em voga. Da mesma maneira que se faz necessária uma constatare revisão a respeito da Reforma Psiquiátrica, para que ela não se resuma apenas em uma reforma dos serviços de saúde mental, pois depende da consciência da ruptura do modelo de assistência, das constantes discussões acerca da medicalização e do ideal da reforma enquanto um processo social complexo. Visto que ao mesmo tempo em que ela pode propiciar novas práticas também pode ampliar cada vez mais o processo da medicalização e psiquiatrização da vida (AMARANTES, 2007).

Dessa forma, fica evidente que a Lei 10.216 e a Nota Técnica nº 11/2019 se constituem e defendem modalidades de cuidado e tratamento distintas no que tange os doentes mentais, da mesma maneira que gerem e regulam a vida dos sujeitos de formas diversas. Conforme Venturini, De Mattos, Oliveira (2016), pensar em alternativas para o fim dos manicômios e novas modalidades de cuidado aos doentes mentais exige antes de tudo que a sociedade e seus sujeitos aprendam a lidar com os conflitos sem fugir deles, fingir que não existem ou calando-os. Somente então será possível que emergjam boas e duráveis ideias, para que então o medo do outro e do diferente possa se tornar afeto e respeito.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo compreender de que maneira a assistência e o cuidado em saúde mental estão dispostos atualmente pela Política Nacional de Saúde Mental brasileira. Foi realizada por meio da análise da Nota Técnica nº 11/2019 de 04 de fevereiro de 2019 que esclareceu as mudanças na política de saúde mental e estabeleceu as novas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, e da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica, problematizando as alterações realizadas e as estratégias biopolíticas presentes em ambos.

A partir da análise dos documentos problematiza-se como os duas publicações compreendem os sujeitos ditos doentes mentais e quais os discursos acerca dos loucos e da loucura que se fazem presentes em um e outro. Evidencia-se que apesar de ambos compreenderem a loucura enquanto uma doença mental e uma patologia que necessita de cuidados e tratamentos, os discursos que produzem a partir dessa noção são distintos. Enquanto a Nota Técnica retoma os discursos que vinculam a loucura à periculosidade e a incapacidade, a Lei 10.216, buscou romper com essa lógica e fundamentou os doentes mentais como cidadãos de direitos e seres sociais.

Com base nos discursos acerca dos loucos e da loucura, a nota técnica e a lei, determinam modalidades de cuidado e de tratamento aos portadores de doenças mentais na mesma medida em que estabelecem formas de gerir a vida dos sujeitos. A Nota Técnica ao desestimular o fechamento de hospitais psiquiátricos e incentivar as modalidades de cuidado em comunidades terapêuticas ou em unidades de internação como o CAPS AD IV pautasse pelo princípio da abstinência, isolamento, disciplina e punição. Enquanto a Lei da Reforma Psiquiátrica ao defender o tratamento em liberdade, nos serviços comunitários de saúde, diz de outra maneira de gerir a vida dos sujeitos, de uma biopolítica que tem por base a medicalização de condutas consideradas anormais.

Percebe-se que a saúde mental diz respeito a um emaranhado de poderes, saberes e fazeres e que não há uma forma ou um modelo único e adequado de se articular a assistência e o tratamento dos doentes mentais, pois envolve fatores sociais, culturais e econômicos complexos. As formas de cuidado e os discursos produzidos nos dois documentos são distintos e culminam em diferentes formas de gerir e controlar a vida dos sujeitos. As políticas públicas estão em constante mudança, pelos mais distintos motivos e seguir refletindo, pesquisando e problematizando-as é fundamental para que possamos aprimorar conhecimentos e práticas.

REFERÊNCIAS

- ALVES, D. S., GULJOR, A. P. O cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, Roseni (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2004. 319 p. ISBN 85-271-0647-7
- ALVES, Jaime Amparo. Necropolítica racial: a produção espacial da morte na cidade de São Paulo. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, v. 1, n. 3 – nov. 2010 – fev. 2011, p. 89-114. ISSN 2177-2770. Disponível em: <<http://abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/276>>. Acesso em: 15 set. 2019.
- AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed., rev. e ampl. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1998. 132 p.
- _____. Medicalização da vida. In: COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS DO CRP-RJ (Org). **Direitos Humanos? O que temos a ver com isso?** Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia – RJ, 2007, 174 p. ISBN: 978-85-61280-00-0.
- _____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008. 117 p. (Temas em saúde).
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. 20ª ed. São Paulo: Geração Editorial, 2018. 255 p.
- AZEVEDO, Sara Dionizia Rodrigues de. Formação discursiva e discurso em Michel Foucault. **Revista Filogênese – Revista Eletrônica de Pesquisa na Graduação em Filosofia da UNESP**, v. 6, nº 2, p. 148-162, 2013, Marília, SP. ISSN 1984-1159. Disponível em: <https://www.marilia.unesp.br/Home/RevistasEletronicas/FILOGENESE/saraazevedo.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2020.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 16 set. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial em regimento de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Brasília, DF, Diário Oficial da União 2002, 20 fev., Seção 1, p. 22.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF, Diário Oficial da União 2017; 22 dez.
- _____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 11/2019 – CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Brasília, DF, 2019.

CAPONI, Sandra. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 529-549, 2009. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200016&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 de jul. 2020.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, n. 114, p. 197-223, nov. 2001. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742001000300009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 dez. 2019.

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Aspectos punitivos do tratamento nas comunidades terapêuticas: o uso de drogas como dano social. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 1, p. 73-88, abr. 2019. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 29 de jul. 2020.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. 99 p.

_____. A casa dos loucos. In: _____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 295 p. ISBN 978-85-7038-074-6.

_____. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 3. ed. São Paulo: Loyola, 1996. 79 p. ISBN 85-5-01359-2.

_____. Aula de 17 de março de 1976. In: _____. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 285-315. ISBN 85-336-1004-1.

_____. Direito de morte e poder sobre a vida. In: _____. **História da sexualidade**. 16. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005. p. 127-149. ISBN 85-7038-010-0.

_____. **Nascimento da Biopolítica**. Curso dado no Collège de France (1978-1979). Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; LARA, Lutiane de; ADEGAS, Marcos Azambuja. Políticas públicas entre o sujeito de direitos e o *homo oeconomicus*. **Psico**. v. 41, n. 3, p. 332-339, jul./set. 2010. Disponível em:
<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8163>. Acesso em 25 de jul. 2020.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. 871 p. ISBN 85-271-0704-X.

LAZZARATO, Maurizio. Biopolítica/Bioeconomia. In: PASSOS, Izabel Christina Friche (Org.). **Poder, normalização e violência**: incursões foucautianas para a atualidade. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2013. p. 41-52. (Coleção Estudos Foucautianos) ISBN 987-85-7526-363-1

MALCHER, Farah de Sousa; DELUCHEY, Jean-François Yves. A Normalização do Sujeito de Direito. **Rev. Direito Práx.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 2100-2116, out. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-89662018000402100&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 de jul. 2020.

MARTINS, André. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 21-32, Fev. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 de Jul. 2020.

MAYA NETO, Olegario da Costa. Necropolítica da colonialidade no Brasil: segregação e desumanização no Hospital Colônia de Barbacena e na Cracolândia, em São Paulo. **Meridional Revista Chilena de Estudios Latinoamericanos**, n. 11, p. 149-177, 2018

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: n-1 edições, 2018.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300501&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha informativa – Transtornos Mentais**, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839. Acesso em 28 set. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. **Relatório azul**: garantias e violações dos direitos humanos no RS: 1994. Porto Alegre: Assembleia Legislativa/RS, 1994. 137 p.

_____. Assembleia Legislativa. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. **Relatório Azul 98/99**. Porto Alegre: Assembleia Legislativa/RS, 1999. 555 p.

SILVA, Wanderson Vilton; HUNING, Simone Maria. DISPOSITIVO DAS DROGAS E GOVERNO DA VIDA. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 29, 2017 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100202&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16 jul. 2020.

VENTURINI, Ernesto; DE MATTOS, Virgílio; OLIVEIRA, Rodrigo Tôrres (Org). **Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade / Conselho Federal de Psicologia**. Brasília: CFP, 2016. 356 p. ISBN: 978-85-89208-77-2.