

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINGUÍSTICA

Alice Silva Müller

As leis da loucura: uma análise foucaultiana do discurso legal sobre o louco

Juiz de Fora

2024

Alice Silva Müller

As leis da loucura: uma análise foucaultiana do discurso legal sobre o louco

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Linguística da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Linguística.
Linha de pesquisa: Linguagem e Humanidades

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula Grillo El-Jaick

Juiz de Fora

2024

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Müller, Alice Silva.

As leis da loucura : uma análise foucaultiana do discurso legal sobre o louco / Alice Silva Müller. -- 2024.
118 p.

Orientadora: Ana Paula Grillo El-Jaick
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Letras. Programa de Pós-Graduação em Linguística, 2024.

1. Análise do Discurso. 2. Michel Foucault. 3. Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. 4. Discurso jurídico. I. El-Jaick, Ana Paula Grillo, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA



ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO
STRICTO SENSU

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINGUÍSTICA

Nº PPG: 008/2024

Formato da Defesa: () presencial (x) virtual () híbrido

Ata da sessão pública referente à defesa da dissertação intitulada *As leis da loucura: uma análise foucaultiana do discurso legal sobre o louco*, para fins de obtenção do título de mestra(e) em linguística, área de concentração linguística, pelo(a) discente Alice Silva Müller (matrícula 102260173 - início do curso em 08/03/2021), sob orientação da Prof.^(a)Dr.^(a) Ana Paula Grillo El-Jaick.

Ao 27 dia do mês de março do ano de 2024, às 09:30 horas, de forma remota, conforme conforme Resolução nº 10/2022-CSPP e Portaria 882/2022 -UFJF, reuniu-se a Banca examinadora da dissertação em epígrafe, aprovada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação, conforme a seguinte composição:

| Titulação Prof(a) Dr(a) / Dr(a) | Nome | Na qualidade de: |
|---------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| Prof(a) Dr(a) | Ana Paula Grillo El-Jaick | Orientador(a) e Presidente da Banca |
| Prof(a) Dr(a) | Carol Martins da Rocha | Membro titular interno |
| Prof(a) Dr(a) | Vanise Gomes de Medeiros | Membro titular externo |
| Prof(a) Dr(a) | Thais Fernandes Sampaio | Suplente interno |

*Na qualidade de (opções a serem escolhidas):

- Membro titular interno
- Membro titular externo
- Membro titular externo e Coorientador(a)
- Orientador(a) e Presidente da Banca
- Suplente interno
- Suplente externo
- Orientador(a)
- Coorientador(a)

*Obs: Conforme §2º do art. 54 do Regulamento Geral da Pós-graduação stricto sensu, aprovado pela Resolução CSPP/UFJF nº 28, de 7 de junho de 2023, "estando o(a) orientador(a) impedido(a) de compor a banca, a presidência deverá ser designada pelo Colegiado".

AVALIAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

Tendo o(a) senhor(a) Presidente declarado aberta a sessão, mediante o prévio exame do referido trabalho por parte de cada membro da Banca, o(a) discente procedeu à apresentação de seu Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-graduação Stricto sensu e foi submetido(a) à arguição pela Banca Examinadora que, em seguida, deliberou sobre o seguinte resultado:

(X) APROVADO

() REPROVADO, conforme parecer circunstanciado, registrado no campo Observações desta Ata e/ou em documento anexo, elaborado pela Banca Examinadora

() APROVADO CONDICIONALMENTE, sendo consenso da banca de que esta ata é

provisória e condicional

Novo título da Dissertação/Tese (só preencher no caso de mudança de título):

Observações da Banca Examinadora caso haja necessidade de anotações gerais sobre a dissertação/tese e sobre a defesa, as quais a banca julgue pertinentes

A Banca Examinadora aprova a Dissertação de Mestrado reconhecendo seu mérito e a relevância social do tema, e recomenda sua divulgação e publicação.

Descrição de todas as condicionalidades para a aprovação (só preencher no caso de Aprovação Condicional):

Nada mais havendo a tratar, o(a) senhor(a) Presidente declarou encerrada a sessão de Defesa, sendo a presente Ata lavrada e assinada pelos(as) senhores(as) membros da Banca Examinadora e pelo(a) discente, atestando ciência do que nela consta.

INFORMAÇÕES

Para fazer jus ao título de mestre(a)/doutor(a), a versão final da dissertação/tese, considerada Aprovada, devidamente conferida pela Secretaria do Programa de Pós-graduação, deverá ser tramitada para a PROPP, em Processo de Homologação de Dissertação/Tese, dentro do prazo de de 60 ou 90 dias, para discentes aprovados condicionalmente, a partir da data da defesa. Após o envio dos exemplares definitivos, o processo deverá receber homologação e, então, ser encaminhado à CDARA.

Se as condições descritas nesta ata não forem atestadamente atendidas dentro do prazo de 90 dias, a aprovação condicional será convertida em reprovação.

Esta Ata de Defesa é um documento padronizado pela Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. Observações excepcionais feitas pela Banca Examinadora poderão ser registradas no campo disponível acima ou em documento anexo, desde que assinadas pelo(a) Presidente(a).

Esta Ata de Defesa somente poderá ser utilizada como comprovante de titulação se apresentada junto à Certidão da Coordenadoria de Assuntos e Registros Acadêmicos da UFJF (CDARA) atestando que o processo de confecção e registro do diploma está em andamento.



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula Grillo El Jaick, Professor(a)**, em 27/03/2024, às 11:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carol Martins da Rocha, Professor(a)**, em 27/03/2024, às 12:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alice Silva Müller, Usuário Externo**, em 02/04/2024, às 17:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vanise Gomes de Medeiros, Usuário Externo**, em 23/04/2024, às 18:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1750449** e o código CRC **E7431203**.

Alice Silva Müller

As leis da loucura: uma análise foucaultiana do discurso legal sobre o louco

Dissertação apresentada
ao Programa de Pós-
Graduação em
Linguística
da Universidade
Federal de Juiz de
Fora como requisito
parcial à obtenção do
título de mestre em
linguística. Área de
concentração:
linguística.

Aprovada em 27 de março de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Paula Grillo El-Jaick - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Carol Martins da Rocha
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Vanise Gomes de Medeiros
Universidade Federal Fluminense

Juiz de Fora, 14/03/2024.



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula Grillo El Jaick, Professor(a)**, em 27/03/2024, às 11:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carol Martins da Rocha, Professor(a)**, em



27/03/2024, às 12:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vanise Gomes de Medeiros, Usuário Externo**, em 23/04/2024, às 18:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1750451** e o código CRC **EE242F1D**.

AGRADECIMENTOS

Esta etapa da minha vida foi uma das mais difíceis e desafiadoras. Cheguei a pensar em desistir e a achar que não conseguiria terminar. Iniciei o mestrado em um momento difícil na vida de, literalmente, todo mundo: na pandemia. Era tudo muito diferente e preocupante. Casos e mais casos de COVID-19, quarentena, aulas on-line, reuniões on-line e o início de uma nova jornada acadêmica. Houve dias que a angústia e o medo tomaram conta de mim – e, por isso, sem o apoio e a compreensão de algumas pessoas, eu não teria chegado até aqui, não teria conseguido concluir esta jornada sozinha. Portanto, gostaria de agradecer a todos que fizeram parte disso e me incentivaram a continuar.

Agradeço aos meus pais, que sempre me apoiaram e me incentivaram. Obrigada por me mostrarem que sou capaz e por acreditarem em mim. Obrigada por estarem presentes, mesmo que de longe, desde o início da faculdade, quando tive que sair de casa aos 17 anos para estudar. Obrigada, mãe, por não medir esforços para me manter em Juiz de Fora. Obrigada, pai, por sua preocupação diária em saber se estou bem. Sem vocês nada disso seria possível.

À toda minha família, que sempre me apoiou e sempre se orgulhou da minha trajetória. Agradeço aos meus irmãos por participarem de todas as etapas da minha vida e ficarem felizes com minha felicidade e minhas conquistas. Ao meu namorado, que está comigo nessa caminhada desde o primeiro dia de aula da graduação. Obrigada pelo companheirismo e pelo apoio incondicional.

Aos meus amigos que caminharam comigo, que me apoiaram nos dias difíceis e que sempre estiveram dispostos a me ajudar. Obrigada, Fernanda, Ilson, Larissa, Luísa e Thales.

À minha orientadora agradeço por todos os anos de muito ensinamento, por todas as orientações, conversas e discussões, e pelas aulas não só da pós, mas, também, da graduação, que foram fundamentais para meu percurso como linguista. Agradeço pelas aulas de Pragmática, que foi a disciplina que despertou em mim a vontade de entender mais sobre o tal do “discurso”, e pelas aulas de Filosofia da Linguagem, disciplina que plantou em mim a sementinha foucaultiana que floresceu

neste trabalho. E agradeço, principalmente, pela paciência, confiança e pelo constante incentivo.

A todos os professores da Faculdade de Letras que me ensinaram tanto durante todo o curso. Em especial à Amitza e à Roberta, que me iniciaram na pesquisa linguística por meio das iniciações científicas que fiz com ambas.

Aos professores que participaram tanto da banca de qualificação, quanto da banca de defesa. As sugestões de vocês enriqueceram a minha dissertação.

Aos professores dos distintos cursos e minicursos que fiz durante a pesquisa e que contribuíram para minha bagagem teórica.

À CAPES pelo apoio financeiro, sem o qual esse estudo não poderia ter sido realizado.

Enfim, agradeço a todos que contribuíram direta ou indiretamente com o meu trabalho, que me ajudaram, me incentivaram e me apoiaram. Obrigada!

Por que a riqueza, base de nossa atividade, coisa que, desde menino, nos dizem ser o objeto da vida, da nossa atividade na terra, não é também a causa da loucura? Por que as posições, os títulos, coisas também que o ensino quase tem por mérito obter, não é causa de loucura? (BARRETO, Lima. p. 40, 1993)

RESUMO

A presente pesquisa, baseada nos estudos de Foucault, tem como objeto de análise os discursos jurídicos sobre o louco e a loucura no período da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. Temos como objetivo (1) discutir as relações de saber e poder que possibilitaram a emergência de continuidades e descontinuidades no período da Contrarreforma Psiquiátrica; (2) analisar os dispositivos de controle dos corpos loucos nesse momento histórico; (3) identificar as designações do louco a partir de diferentes formações discursivas. A partir dos estudos de Foucault (2018 [1978], 2008 [1969], 2006 [1971]), é possível perceber uma relação entre discurso, verdade, poder e direito. Foucault afirma que o discurso não é algo linear ou progressivo, mas são “[...] práticas descontínuas, que se cruzam por vezes, mas também se ignoram ou se excluem” (FOUCAULT, 2006 [1971], p. 52-53). Portanto, não há que se falar em alguma linha de evolução discursiva; o que há são *irrupções*. Segundo o autor, a verdade está diretamente ligada aos sistemas de poder que a produzem. Em toda sociedade, há uma disputa pelo controle e pela autoridade sobre o que é aceito como verdadeiro, ou seja, há uma luta pelo discurso que se inscreverá no lugar do verdadeiro e pelo papel econômico-político que este desempenhará (FOUCAULT, 2018 [1978]). Essa luta pelo discurso verdadeiro não é diferente no campo jurídico. Mais: para o filósofo, foi a partir das práticas judiciárias que nasceram os modelos de verdade que circulam em nossa sociedade e valem não somente no domínio da política, do comportamento cotidiano, mas também na ordem da ciência (FOUCAULT, (2002 [1973]). Nesse sentido, muitas vezes as leis, na forma do direito, são imputadas à existência humana como se não houvesse ou não pudesse haver outro estado possível (BENAYON, 2019). Nesta pesquisa investigamos continuidades e descontinuidades discursivas produzidas sobre o louco em documentos jurídicos no período da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. Antes desse período tínhamos discursos como o da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, que pediam melhores condições para as pessoas em sofrimento psíquico e o fim do manicômio. No entanto, começam a surgir discursos jurídicos que vão contra essas propostas. Discursos que indicam a Eletroconvulsoterapia (ECT), que recomendam o aumento do número de leitos em hospitais psiquiátricos e que permitem a internação compulsória. Ao mesmo tempo que os discursos da chamada Contrarreforma

Psiquiátrica vão contra os discursos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, eles retomam memórias discursivas anteriores, como do Alienismo, da Teoria da Degeneração e, até mesmo, discursos que circulavam na Idade Média, o que nos levou a distinguir duas grandes formações discursivas (FD): a FD antimanicomial e a FD contrarreformista. A partir da análise de nosso arquivo de documentos jurídicos, conseguimos identificar, na FD contrarreformista, regularidades discursivas, como: o desejo de controle dos corpos (seja com internação ou ECT), a aposta no “novo” como “tratamento” e as mudanças nas formas de designar o louco, o que evidenciou tanto uma descontinuidade quanto uma continuidade discursiva em nossa breve genealogia da loucura no Brasil contemporâneo.

Palavras-chave: Análise Foucaultiana do Discurso. Michel Foucault. Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. Discurso jurídico.

RESUMEN

Esta investigación, basada en los estudios de Foucault, analiza los discursos jurídicos sobre el loco y la locura en el período de la Contrarreforma Psiquiátrica brasileña. Tenemos como objetivo (1) discutir las relaciones de saber y poder que posibilitaron la emergencia de continuidades y discontinuidades en el período de la Contrarreforma Psiquiátrica brasileña; (2) analizar los dispositivos utilizados para el control de los cuerpos locos en ese momento histórico; (3) identificar las designaciones de los locos a partir de distintas formaciones discursivas. A partir de los estudios de Foucault (2018 [1978], 2008 [1969], 2006 [1971]), es posible ver una relación entre discurso, verdad, poder y ley. Foucault afirma que el discurso no es algo lineal o progresivo, sino "[...] prácticas discontinuas, que a veces se cruzan, pero también se ignoran o se excluyen mutuamente" (FOUCAULT, 2006 [1971], p. 52-53, traducción nuestra). Por lo tanto, no es posible hablar de ninguna línea de evolución discursiva; lo que hay son *irrupciones*. Según el autor, la verdad está directamente relacionada con los sistemas de poder que la producen. En toda sociedad hay una lucha por el control y la autoridad sobre lo que se acepta como verdadero, es decir, hay una lucha por el discurso que ocupará el lugar de lo verdadero y por el papel económico-político que desempeñará (FOUCAULT, 2018 [1978]). Esta lucha por el discurso verdadero no es diferente en el ámbito jurídico. Es más, para el filósofo, fue a partir de las prácticas judiciales que nacieron los modelos de verdad que circulan en nuestra sociedad y que son válidos no sólo en el ámbito de la política y del comportamiento cotidiano, sino también en el orden de la ciencia (FOUCAULT, 2002 [1973]). En este sentido, las leyes, en forma de derecho, son a menudo imputadas a la existencia humana como si no hubiera o no pudiera haber otro estado posible (BENAYON, 2019). En esta investigación, investigamos las continuidades y discontinuidades discursivas producidas sobre el loco en documentos legales durante el período de la Contrarreforma Psiquiátrica Brasileña. Antes de este período, teníamos discursos como la Reforma Psiquiátrica brasileña y la *Luta Antimanicomial*, que pedían mejores condiciones para las personas que están en sufrimiento psíquico y el fin del manicomio. Sin embargo, empezaron a surgir discursos jurídicos que iban en contra de estas propuestas. Discursos que indicaban la terapia electroconvulsiva (TEC), recomendaban aumentar el número de camas en los hospitales psiquiátricos y permitían la internación compulsiva. Al mismo

tiempo que los discursos de la llamada Contrarreforma Psiquiátrica brasileña van en contra de los discursos de la Reforma Psiquiátrica brasileña y de la *Luta Antimaicomial*, retoman memorias discursivas anteriores, como el Alienismo, la Teoría de la Degeneración e incluso discursos que circularon en la Edad Media, lo que nos llevó a distinguir dos grandes formaciones discursivas (DF): la DF *Antimaicomial* y la DF *Contrarreformista*. Mediante el análisis de nuestro archivo de documentos legales, pudimos identificar regularidades discursivas en la FD *contrarreformista*, tales como: el deseo del control de los cuerpos (ya sea a través de la internación o de la TEC), la apuesta por lo "nuevo" como "tratamiento" y los cambios en las formas de designar al loco, que mostraron tanto una discontinuidad como una continuidad discursiva en nuestra breve genealogía de la locura en el Brasil contemporáneo.

Palabras clave: Análisis del discurso Foucaultiano. Michel Foucault. Contrarreforma Psiquiátrica brasileña. Discurso jurídico.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1. INTRODUÇÃO | 12 |
| 2. DISPOSITIVO TEÓRICO-METODOLÓGICO FOUCAULTIANO | 19 |
| 2.1. DESCONTINUIDADE HISTÓRICA E DISCURSIVA | 21 |
| 2.2. DISCURSO E FORMAÇÃO DISCURSIVA | 25 |
| 2.3. VERDADE E DISCURSO JURÍDICO | 33 |
| 2.4. NOSSO ARQUIVO | 44 |
| 3. DISCURSOS SOBRE A LOUCURA NO BRASIL | 49 |
| 3.1. PANORAMA DOS DISCURSOS SOBRE A LOUCURA | 49 |
| 3.2. HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS BRASILEIROS | 61 |
| 3.3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL | 70 |
| 4. A LOUCURA E O DISCURSO JURÍDICO NO PERÍODO DA CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA | 80 |
| 4.1. DISPOSITIVOS DE CONTROLE DOS CORPOS | 87 |
| 4.2. O “NOVO” COMO “TRATAMENTO” | 97 |
| 4.3. DESIGNAÇÕES DO LOUCO | 102 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 111 |
| REFERÊNCIAS | 114 |

1. INTRODUÇÃO

A ideia desta pesquisa surgiu no final de 2019, enquanto eu lia o texto *Foucault e Pêcheux na análise do discurso: Diálogos & duelos*, de Maria do Rosário Gregolin. Esta obra compunha a bibliografia da disciplina Filosofia da Linguagem, cursada por mim na graduação do curso de Letras da Universidade Federal de Juiz de Fora. Nesse texto, a autora afirma que, em *História da Loucura* (2019 [1961]), Foucault busca o "grau zero" da loucura, isto é, o momento em que ela era apenas uma experiência não pensada, e opõe a esse grau zero o momento de descoberta da loucura, quando ela passa a ser entendida como um "fato de civilização" – momento no qual o homem entende a loucura e expulsa o louco do convívio social, aprisionando-o. Quanto a isso, Gregolin pontua que

[e]ssa mudança de status da loucura relaciona-se com a história ideológica: enquanto o mundo ocidental foi dominado pela religião católica, a loucura foi associada ao demoníaco; com a Reforma (ligada ao nascimento do capitalismo) o louco passa a ser aprisionado, pois iniciou-se o império da Razão. O movimento de encarceramento dos loucos, dos vagabundos, dos doentes, por serem considerados ociosos, mostra o nascimento da ideologia da produtividade. (GREGOLIN, 2006, p. 69)

Levando em consideração o que a autora traz nesse trecho, comecei a questionar o que haveria no discurso do louco que faria com que este fosse considerado um discurso carregado de loucura. Queria então entender o que fazia com que um discurso fosse ou não considerado "louco". Assim, surgiu a primeira fagulha para a pesquisa, essa inquietação. No entanto, eu ainda estava tendo o meu primeiro contato com as ideias de Foucault, ainda não havia lido os textos do próprio filósofo, mas apenas de estudiosos de seu trabalho. Portanto, naquele momento não me senti segura (e nem poderia) para formular uma pergunta que orientasse uma pesquisa foucaultiana.

Mais adiante, ainda nessa mesma disciplina citada, comecei a ter contato com os escritos de Foucault – e não mais apenas de comentadores falando sobre Foucault. O primeiro texto foi *A ordem do discurso*. A partir dessa leitura, comecei a entender as relações que Foucault estabelece entre discurso, saber e poder. Além disso, me deparei com o conceito de "descontinuidade discursiva", que já me chamou muita atenção. Com o conhecimento adquirido por essas leituras e pelas discussões em

sala, formulei o meu pré-projeto de pesquisa, que, então, era uma tentativa de entender o que havia na materialidade discursiva de um “discurso louco” que fazia com que este fosse assim nomeado, levando em consideração o contexto sócio-histórico do período a ser estudado.

No entanto, no decorrer da pesquisa, percebi que a questão não se colocava em relação ao discurso do próprio louco, e sim a respeito do discurso *sobre* o louco; ou seja, não era o caso de investigar o que o louco diz, mas o que se diz sobre o louco. Daí em diante, busquei diversos tipos de materialidades discursivas que versassem sobre o louco: publicações e comentários em redes sociais, vídeos no Instagram, Facebook e TikTok, como também reportagens, leis, decretos e portarias. A ideia era analisar o discurso sobre loucura na atualidade – sem ainda ter definido que período exatamente esta expressão abarcaria.

Na defesa de qualificação, os membros da banca questionaram essa indeterminação das materialidades discursivas selecionadas para análise. Por mais que eu estivesse levando em conta a ideia de “arquivo aberto” de Foucault, meu *corpus* estava extenso demais, de modo que os professores me advertiram que seria impossível analisá-lo nos limites de uma pesquisa de mestrado. A partir disso, optei por seguir apenas com a análise de discurso jurídico sobre o tema; afinal, existe uma relação entre “loucura” e “leis” estabelecida há muito tempo – como discutimos ao longo desta dissertação. Por fim, como a ideia sempre foi entender os discursos “na atualidade”, o recorte temporal escolhido foi o período da Contrarreforma Psiquiátrica brasileira, um período atual e marcado por embates discursivos acerca da ideia de “loucura”, conforme ficará mais claro adiante. Assim, a pesquisa passou de uma análise do discurso do louco, para uma análise do discurso sobre o louco; de uma tentativa de entender o que é um “discurso louco”, para uma tentativa de entender as formações discursivas sobre o louco; de uma análise do discurso sobre o louco na “atualidade”, para uma análise do discurso sobre a loucura no período da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira; e, por último, de uma análise de diversos tipos de discurso sobre o louco, para uma análise do discurso jurídico sobre a loucura.

O “louco” já foi definido e redefinido diversas vezes. Segundo o dicionário Houaiss, “louco” é um substantivo masculino, cujo significado é: “aquele cujo comportamento ou raciocínio denota alterações patológicas das faculdades mentais” (LOUCO, 2024b). Já de acordo com o dicionário Dicio, é “aquele cujas faculdades

mentais estão patologicamente alteradas” (LOUCO, 2024a). No entanto, nem sempre o louco foi definido como aquele acometido por uma doença; nem sempre a palavra “patologia” esteve presente em sua definição. Ele já foi o detentor da verdade, a imagem do profano, o retrato do abandono (FOUCAULT, (2019 [1961])). Em seu livro *História da Loucura* (2019 [1961]), Michel Foucault nos mostra como o louco foi discursivizado de diversas formas, de acordo com as condições de produção que possibilitaram a emergência de cada discurso, isto é, de acordo com os poderes e saberes em cada momento. Nesse sentido, Foucault mostra como o discurso está em constante disputa, e é a descontinuidade discursiva que nos chama a atenção e nos interessa. No caso da presente pesquisa, focamos nas mudanças discursivas presentes no discurso jurídico produzido sobre o louco e a loucura no período da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira.

Para realizar a nossa análise, mobilizamos, principalmente, quatro pontos foucaultianos: o que ele chama de “descontinuidade discursiva”, “formações discursivas”, a noção de “verdade” e “discurso”, é claro – no nosso caso, sobre o louco. Dessa forma, a partir de uma Análise do Discurso Foucaultiana, nos concentramos em analisar meios de controle dos corpos loucos, indicações de tratamento para a loucura e formas de designar o louco a partir de diferentes formações discursivas no período da Contrarreforma Psiquiátrica do Brasil, concentrando a pesquisa na análise de textos jurídicos do período de 2017 a 2024 – apesar de reconhecer o início da Contrarreforma Psiquiátrica como sendo em 2015. Assim como o filósofo, questionamos, ao longo de toda pesquisa: “como apareceu um determinado enunciado, e não outro em seu lugar?” (FOUCAULT, 2008 [1969], p. 30).

A escolha pelo discurso jurídico não é aleatória. A relação entre “loucura” e “leis”, ou “ordem”, foi traçada há muitos anos. De fato, os discursos sobre a periculosidade do louco e a necessidade de mantê-lo afastado do restante da sociedade (seja por ser perigoso, seja por ser visto como preguiçoso ou apenas incômodo) remontam a tempos longínquos. Amarante (2021) defende que a própria instituição manicomial é semijurídica por definição na medida em que, ao internar o sujeito por ser considerado louco, retira dele o direito de responder por si mesmo. Nesse sentido, trata-se, para o psiquiatra, de uma instituição, por sua própria natureza, antidemocrática. Dito isso, nossa análise foi feita com base em quatro textos jurídicos: uma portaria de 2017, uma portaria de 2018, uma nota técnica de 2019 e

uma lei de 2024 e pelo Código de Ética da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), que se relaciona com a portaria de 2018 quando essa portaria estabelece que as Comunidades Terapêuticas passam a fazer parte do cuidado da saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS). Nosso arquivo jurídico inicial era muito mais amplo, como mostramos na seção “Nosso arquivo”; no entanto, dado o tempo e a extensão de uma pesquisa de mestrado, foi necessário realizar esse recorte. Assim, selecionamos os textos que consideramos mais representativos para nosso objetivo. A escolha desses textos também se justifica por eles serem exemplares de duas associações muitas vezes feitas como se fossem óbvias: a ligação entre transtorno mental e uso de drogas, e a relação entre o louco uma pessoa em situação de rua. Em outros termos, as mesmas leis que dispõem sobre os “direitos” da *pessoa com transtorno mental* legislam também sobre os “direitos” da *pessoa em uso prejudicial de álcool e outras drogas*, colocando, assim, o transtorno mental e o uso de drogas como uma mesma questão, um mesmo “problema”. De fato, essa relação entre loucura e uso de drogas recorre ao longo da história, como na formulação da Teoria da degeneração, que postulava que as drogas poderiam desencadear uma degeneração.¹ Tampouco o segundo caso é novo: como será analisado no capítulo 4, foi reproduzido em distintos momentos históricos o movimento discursivo de emparedar o louco como o infame, o vagabundo e o ocioso.

Como evidenciado, esses discursos que foram analisados estão inscritos no período da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira, período sobre o qual falamos mais detidamente no capítulo 4. Por ora, basta dizer que este é o nosso *corpus* de análise: esses discursos jurídicos sobre a loucura no período da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira.

Tendo em vista nosso *corpus* e nossa corrente teórica-metodológica, buscamos, pois, (1) discutir as relações de saber e poder que possibilitaram a emergência de continuidades e descontinuidades discursivas no período da Contrarreforma Psiquiátrica; (2) analisar os dispositivos de controle dos corpos loucos nesse momento histórico; (3) identificar as designações do louco a partir de diferentes formações discursivas.

Ao analisarmos discursos acerca da loucura, entrelaçamos perspectivas linguísticas com o campo da saúde mental. A área da saúde mental é plural, com

¹ A Teoria da degeneração será abordada no capítulo 3 deste trabalho.

transversalidade de saberes, de modo que não se resume à psiquiatria (Amarante, 2013). Além disso, Amarante (2013) aponta que não há uma verdade única em saúde mental; ele afirma que a pluralidade desse campo tem auxiliado a impulsionar novas formas de pensar. Para ele,

[a] natureza do campo da saúde mental vem contribuindo para que comecemos a pensar de forma diferente, não mais com este paradigma da verdade única e definitiva, mas sim em termos de complexidade, de simultaneidade, de transversalidade de saberes, de “construcionismo”, de “reflexividade”. (AMARANTE, 2013, p. 16).

Com isso, ressaltamos que nossa pesquisa é uma análise discursiva que se insere no campo da saúde mental, e não no da psiquiatria. Por mais que analisemos discursos psiquiátricos nas leis brasileiras, nós os contrastamos com discursos que não fazem parte, necessariamente, da psiquiatria, como é o caso dos discursos da Luta Antimanicomial, um movimento político e social – conforme explicamos mais adiante. Assim, a pesquisa não se centra exclusivamente nos discursos psiquiátricos, já que lançamos mão de outros discursos justamente para entender como a loucura está sendo discursivizada nas irrupções do discurso legal.

Por fim, é necessário enfatizar que, neste trabalho, não temos como objetivo discutir questões médicas, psicológicas ou psiquiátricas a respeito do louco e da loucura, nem tampouco definir o que é a loucura e muito menos diagnosticá-la. E, mais ainda, não pretendemos indicar um tratamento ou aconselhar formas de assistência médica. Nesta pesquisa, analisamos os discursos sobre a loucura, o que se diz e, sobretudo, como se diz a respeito daqueles chamados de “loucos” em normativas legais contemporâneas. Evidenciamos os discursos atuais e analisamos suas condições de produção, bem como sua (des)continuidade e formações discursivas que podem ali ser flagradas. Nos concentramos na área do discurso, e não na área médica. Além disso, utilizamos o discurso jurídico para a formação de nosso arquivo a fim de analisar o que é discursivizado sobre o louco, entendendo que “[u]m analista não é um jurista, de forma que os diferentes trabalhos têm especificidades próprias.” (BENAYON, 2019, p. 40).

Para alcançar nossos objetivos, a pesquisa foi dividida em cinco capítulos. O capítulo 1 é nossa introdução, em que apresentamos nosso objeto de pesquisa, nossas perguntas norteadoras, e nosso aporte teórico-metodológico para realizarmos

a análise discursiva. No capítulo 2, mostramos mais profundamente nosso pressuposto teórico, nos concentrando em quatro ideias centrais de Foucault: descontinuidade discursiva e histórica, discurso, formação discursiva e a noção de “verdade”. Para tanto, recorreremos aos pensamentos de Foucault elaborados sobretudo em *Arqueologia do saber* (2008 [1969]), *A ordem do discurso* (2006 [1971]) e *Microfísica do poder* (2018 [1978]). Além disso, comentamos também algumas questões sobre a instância jurídica, a produção da verdade e as relações de poder; para isso, lançamos mão das ideias de Foucault em *A Verdade e as formas jurídicas* (2002 [1973]), além da obra já citada *Microfísica do poder* (2018 [1978]). A partir desses textos, apresentamos a relação que Foucault estabelece entre verdade, poder e direito. Por fim, ainda nesse capítulo, explicamos qual é e como foi constituído o nosso arquivo de pesquisa.

Já no capítulo 3, que está subdividido em outras três partes, fizemos uma breve genealogia dos discursos sobre a loucura produzidos no Brasil a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira. No entanto, para historicizar esses discursos, fizemos um recorrido dos principais discursos que foram então produzidos sobre o louco e a loucura. Tais discursos não se concentram exclusivamente no Brasil, mas são ideias que influenciaram diretamente as concepções de loucura e a forma como os loucos eram/são tratados aqui. Dessa forma, esse panorama serve para entendermos alguns discursos produzidos em nosso país – já que os estudos, sobretudo europeus, têm grande influência sobre nós.

Após esse panorama dos discursos sobre a loucura, partimos para uma explanação, com base em dois exemplos, de como eram os hospitais psiquiátricos brasileiros, para, então, entendermos como e por que surgiram os discursos subsequentes da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Esses dois exemplos são o do Hospital Colônia de Barbacena e o do Hospital Colônia Sant’Ana. Para o primeiro, utilizamos como fonte o famoso livro *Holocausto Brasileiro* (2014), de Daniela Arbex. E, para falar do segundo hospital psiquiátrico, lançamos mão da dissertação de mestrado de Ana Terra de Leon Silva intitulada *Os Nomes da Loucura: discurso diagnóstico e tratamentos na emergência da psiquiatria em Santa Catarina (1939-1942)* (2020). Ambos os textos, que compõem a seção 3.2., estão aqui para evidenciar a realidade vivida dentro dos hospícios e a forma como eles se organizavam. Após a descrição de como funcionavam, na prática, esses hospitais, é

possível entender, na seção 3.3, os discursos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, já que estes surgem para “reformular”, como o próprio nome diz, as instituições psiquiátricas. Ainda nessa seção, falamos dos discursos da Luta Antimanicomial, um movimento político e social que luta pelo fim dos manicômios em favor do cuidado em liberdade da pessoa em sofrimento psíquico. Encerramos, assim, o capítulo 3, que tem como objetivo contextualizar os discursos sobre a loucura – tanto no Brasil quanto fora dele.

No capítulo 4, tratamos do período que é o foco desta pesquisa: a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. Esse período está marcado por diversos discursos que vão contra o que foi enunciado durante o processo da Reforma Psiquiátrica e contra as reivindicações da Luta Antimanicomial – e é por isso que ele nos interessa. Nesse capítulo, se encontra a nossa análise de dados, que tem como *corpus*, como já foi dito, o discurso jurídico no período da Contrarreforma Psiquiátrica. Nele, analisamos quatro textos jurídicos para entendermos, principalmente, como a loucura está sendo discursivizada por nossos meios legais atualmente.

Por fim, no último capítulo, discutimos, de forma resumida, tudo o que foi exposto ao longo do trabalho. Retomamos nossos objetivos e apontamos como foram cumpridos e a quais considerações – que não são finais – chegamos.

Tendo em vista nossos objetivos, consideramos que nossa pesquisa poderá elucidar problemas do campo linguístico-discursivo e sócio-histórico a partir do momento que coloca em questão discursos associados ao louco, levando em conta não só o que foi dito, mas, também, as peculiaridades que fizeram com que tais e tais discursos surgissem, e não outros. Além disso, entendemos que nosso trabalho também poderá trazer contribuições ao campo jurídico-discursivo, pois a pesquisa ajudará a refletir sobre os poderes exercidos por essa instituição e as verdades criadas por ela. Por fim, confiamos que nosso estudo servirá também como forma de denúncia social – uma denúncia tanto do que já aconteceu com os chamados loucos, quanto do que ainda acontece e se repete.

2. DISPOSITIVO TEÓRICO-METODOLÓGICO FOUCAULTIANO

Como já mencionamos na introdução, nesta pesquisa guiamo-nos por uma perspectiva discursiva foucaultiana e, portanto, faz-se necessária uma explicação tanto da arqueologia elaborada por Foucault, quanto de alguns conceitos-chave importantes para o presente trabalho. Além disso, neste capítulo explicamos algumas questões sobre o discurso jurídico. Por fim, mostramos como foi feito o recorte do objeto de análise e como foi construído o nosso arquivo.

Em seu livro *Arqueologia do Saber* (2008 [1969]), após receber duras críticas de uma suposta falta de método de análise, Foucault estabelece as metodologias de pesquisa que havia empregado, mas de modo não explícito, nas suas obras anteriores, quais sejam: *História da Loucura na Idade Clássica* (1961), *O nascimento da clínica* (1963) e *As palavras e as coisas* (1966). Isto é, ele traça a sua metodologia e os seus parâmetros ao fazer uma investigação discursiva.

Ao elaborar o seu método, o filósofo demonstra que seu entendimento de discurso não o reduz ao plano gramatical, nem ao enunciativo, nem a um ato de fala. Em vez disso, Foucault atenta para os acontecimentos discursivos em suas condições de produção. Portanto, o método proposto por ele se dá no reconhecimento de redes de relações que permitem recursividades para formações discursivas. Configura-se, então, um método arqueológico de pesquisa que olha para os discursos enquanto práticas intersubjetivas que obedecem a regras sociais e tenta entender as condições que incitam à produção de certos discursos, e não outros. De acordo com Foucault, o que a arqueologia quer é revelar “[...] o nível singular em que a história pode dar lugar a tipos definidos de discurso que têm, eles próprios, seu tipo de historicidade e que estão relacionados com todo um conjunto de historicidades diversas.” (FOUCAULT, 2008 [1969], p. 186). O filósofo propõe, então, analisar o acontecimento discursivo, isto é, tratar os enunciados efetivamente produzidos, em sua irrupção de acontecimentos, a fim de compreender as condições que possibilitam a sua emergência em um certo momento histórico.

Nesse sentido, Foucault aponta que o método arqueológico é uma forma distinta da História da Ideias de fazer pesquisa, então em voga na França. O filósofo elenca quatro pontos sobre a arqueologia que a diferencia dos estudos históricos anteriores. No primeiro ponto, Foucault afirma que a arqueologia não pretende definir os pensamentos, as imagens e os temas que estariam *ocultos* nos discursos.

Diferentemente disso, ela pretende descrever os próprios discursos enquanto práticas que obedecem a regras: “[n]ão se trata de uma disciplina interpretativa: não busca um ‘outro discurso’ mais oculto. Recusa-se a ser ‘alegórica.’” (FOUCAULT, 2008 [1969], p. 157).

No segundo ponto, o autor diz que a arqueologia não busca encontrar alguma transição contínua que ligaria os discursos aos que os precedem, envolvem ou seguem. Isto é, ela não pretende encontrar uma origem dos discursos, tampouco analisá-los como algo linear, com uma origem, uma evolução e um fim. O que ela pretende é “[...] definir os discursos em sua especificidade; mostrar em que sentido o jogo das regras que utilizam é irreduzível a qualquer outro; segui-los ao longo de suas arestas exteriores para melhor salientá-los.” (FOUCAULT, 2008 [1969], p. 157).

Já no terceiro ponto, o filósofo destaca que a arqueologia não é ordenada pela figura soberana da obra. Neste ponto, Foucault problematiza a noção de “obra”. Quer dizer, embora a arqueologia analise obras, ela não considera a obra como um recorte passível de ser delimitado por si só. Em vez disso, a arqueologia se concentra em definir tipos e regras de práticas discursivas que perpassam as obras. Dessa forma, “[a] instância do sujeito criador, enquanto razão de ser de uma obra e princípio de sua unidade, lhe é estranha” (FOUCAULT, 2008 [1969], p. 158).

Por fim, no quarto ponto, Foucault explica que a abordagem arqueológica do discurso difere da tentativa de reconstituir algum pensamento original por trás de um discurso. Ela não busca reconstituir o que foi pensado ou desejado quando um determinado discurso foi dito. A arqueologia não é, portanto, “[...] o retorno ao próprio segredo da origem; é a descrição sistemática de um discurso-objeto” (FOUCAULT, 2008 [1969], p. 158).

Nessa mesma linha, em *A ordem do discurso* (2006 [1971]), Foucault estabelece quatro princípios de análise: inversão, descontinuidade, especificidade e exterioridade. Para o autor, estes pressupostos são necessários para realizar uma análise discursiva que leve em conta os poderes e os saberes relacionados ao discurso. A inversão é o princípio segundo o qual não devemos nos preocupar com a tradição, a fonte dos discursos, a continuidade, mas deveríamos “inverter” e reconhecer o jogo negativo de um recorte e de uma rarefação do discurso. Nesse mesmo sentido, o princípio da descontinuidade afirma que devemos tratar os discursos não como lineares, mas como práticas descontínuas. Já o princípio da

especificidade entende que o discurso não é um jogo de significações prévias, de modo que não se pode, portanto, estabelecer um *a priori* ao discurso. Deve-se, então, entender que as regularidades discursivas aparecem na prática, no uso efetivo da linguagem. Por fim, o princípio da exterioridade defende que não devemos nos voltar para o interior do discurso, para algo escondido dentro do discurso, mas devemos, a partir do próprio discurso, de sua aparição e de sua regularidade, examinar suas condições externas de possibilidade, aquilo que está fora do discurso e que possibilita a emergência desses acontecimentos.

Tendo em vista tudo o que foi apontado até o momento sobre a teorização de Foucault, enfatizamos um ponto importante, que diferencia a arqueologia da História das Ideias tradicional: a forma de pensar a “origem” da história e dos discursos e a “continuidade” de ambos. Como esse ponto é fundamental tanto no ideário foucaultiano quanto em nossa pesquisa, vamos nos debruçar mais detidamente nessa questão na seção seguinte.

2.1. DESCONTINUIDADE HISTÓRICA E DISCURSIVA

A ideia de “descontinuidade” é um ponto central para entendermos as concepções tanto de história quanto de discurso em Foucault. Logo no início de *Arqueologia do saber* (2008 [1969]), Foucault diz que o primeiro passo para qualquer análise histórica do discurso é libertar-nos da ideia de continuidade histórica. De acordo com ele, essas sínteses acabadas como agrupamentos – abarcando ideias de “desenvolvimento” e “evolução” – são aceitas como obviedades, mas não o são. No entanto, para realizar uma pesquisa histórica, diz Foucault,

[...] é preciso desalojar essas formas e essas forças obscuras pelas quais se tem o hábito de interligar os discursos dos homens; é preciso expulsá-las da sombra onde reinam. E ao invés de deixá-las ter valor espontaneamente, aceitar tratar apenas, por questão de cuidado com o método e em primeira instância, de uma população de acontecimentos dispersos. (FOUCAULT, 2008 [1969], p. 24)

Nesse sentido, o autor propõe que tratemos dos acontecimentos dispersos, e não dos discursos como unidades fechadas e acabadas – como se houvesse, por exemplo, um “discurso da medicina” apriorístico, ou da economia, ou da gramática, como se fossem aglomerados discursivos que apresentassem, antes mesmo de sua

irrupção, uma unidade comum. Desse modo, ao nos libertar da ideia de continuidade histórica, Foucault também questiona os recortes/agrupamentos discursivos que já nos são familiares. Ele nos faz entender que esses agrupamentos são motivados: eles não são intrínsecos ao discurso, isto é, não são “naturais”.

Outro ponto levantado por Foucault (2008 [1969]) para questionar a noção de continuidade histórica (e, logo, também discursiva) diz respeito à necessidade de renunciar à ideia de origem do discurso e à concepção de que todo discurso repousa sobre um já-dito. Para ele,

[o] primeiro motivo condena a análise histórica do discurso a ser busca e repetição de uma origem que escapa a toda determinação histórica; o outro a destina a ser interpretação ou escuta de um já-dito que seria, ao mesmo tempo, um não-dito. É preciso renunciar a todos esses temas que têm por função garantir a infinita continuidade do discurso e sua secreta presença no jogo de uma ausência sempre reconduzida. (FOUCAULT, 2008 [1969], p. 28)

Isto é, quando colocamos uma “origem” para o discurso, a pesquisa histórica do discurso se torna uma eterna busca de um começo que não pode ser encontrado e nem determinado. E, por outro lado, se todo discurso repousasse sempre em um já-dito, estaríamos condenados a uma eterna repetição discursiva; não haveria, portanto, irrupções discursivas, apenas os mesmos discursos, ainda que enunciados de formas distintas. Portanto, Foucault conclui que é necessário renunciar a essas ideias que tentam manter uma continuidade discursiva, tanto pela noção de “origem” quanto pelo pensamento de que todo discurso retoma, necessariamente, outro que já foi dito.

Nesse sentido, Foucault elabora um dos grandes princípios de sua teoria, importante para esta pesquisa: “Não é preciso remeter o discurso à longínqua presença da origem; é preciso tratá-lo no jogo de sua instância” (FOUCAULT, 2008 [1969], p. 28). Ou seja, não se trata de buscar a origem do discurso ou de tratá-lo como uma continuidade; é preciso considerá-lo em seu contexto histórico, examinando as condições e as relações específicas que o tornam possível naquele momento. Pensando nisso, nesta pesquisa, não tentamos investigar a origem do termo “loucura”, ou a origem de seu(s) significado(s), mas analisamos os discursos que envolvem a loucura “no jogo de sua instância”. Logo, estudamos o funcionamento dos discursos jurídicos sobre a loucura em suas condições de produção.

Baseando-se nessa perspectiva, Foucault (2008 [1969]) volta seu trabalho para a investigação das discontinuidades discursivas, mas não ignora totalmente a existência da continuidade. Na verdade, ele se utiliza desses agrupamentos discursivos para questioná-los. Nas palavras do filósofo:

Aceitarei os conjuntos que a história me propõe apenas para questioná-los imediatamente; para desfazê-los e saber se podemos recompô-los legitimamente; para saber se não é preciso reconstituir outros; para recolocá-los em um espaço mais geral que, dissipando sua aparente familiaridade, permita fazer sua teoria. (FOUCAULT, 2008 [1969], p. 29).

Assim, Foucault não nega que existam continuidades, mas elas não se formam por alguma “evolução” histórica, e são revistas pelo filósofo em sua força constitutiva. Ele questiona como e por que certos discursos foram agrupados. Ele não considera esses “conjuntos” como verdades inquestionáveis ou unidades de análise definitivas, mas elementos que devem ser submetidos a um exame rigoroso. Além disso, Foucault lança mão desses agrupamentos discursivos para entender como certas ideias, práticas ou conceitos persistem, indagando a validade dessas estruturas históricas, verificando se são suficientes para explicar a complexidade de fenômenos culturais, sociais ou discursivos.

Para o filósofo, entender a história e o discurso como contínuos é ignorar a existência de diferenças e de poderes. Nessa perspectiva, Foucault compreende que a história contada linearmente ignora as discontinuidades, as contradições e os momentos de ruptura, que são fundamentais para entender as transformações históricas e ajudam a evidenciar as mudanças de poderes. Assim, Foucault está interessado em ir além desses conjuntos aparentemente familiares, situando-os em um contexto mais amplo e abrangente. Isso visa criar uma teoria e um método que possam oferecer uma visão mais crítica das práticas discursivas, dos conhecimentos estabelecidos e do poder em jogo em uma determinada sociedade.

Para Oliveira (2008, p. 170), a discontinuidade é um dos eixos fundamentais na análise histórica de Michel Foucault, que atravessa toda a reflexão do filósofo sobre a história. Segundo a autora, a discontinuidade

[...] é a estratégia utilizada no seu trabalho para desmontar os essencialismos com que enxergamos as questões de nosso tempo, para ironizar a pretensa natureza sublime da ideia de origem e para

desestabilizar os lugares de verdade (e os poderes neles investidos) que ocupam os saberes, camuflados pelo discurso do conhecimento.

Após suspender a ideia de continuidade discursiva e origem do discurso, Foucault coloca como seu projeto a descrição dos acontecimentos discursivos. Para ele, o campo dos acontecimentos discursivos é finito e limitado, visto que é composto pelas sequências linguísticas que foram realmente formuladas, produzidas. Ainda que seja um conjunto muito extenso, ele tem um limite. A partir da formulação da ideia de acontecimentos discursivos, Foucault cria sua célebre pergunta de pesquisa, que já mencionamos em nossa introdução: “como apareceu um determinado enunciado, e não outro em seu lugar?” (FOUCAULT, 2008 [1969], p. 30). Esse questionamento de Foucault marca fundamentalmente a distinção de sua metodologia para outras áreas do saber, pois ele não pretende compreender “o que foi dito”, ou “o que esse discurso causou”. Para Foucault,

[...] trata-se de compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação; de determinar as condições de sua existência, de fixar seus limites da forma mais justa, de estabelecer suas correlações com os outros enunciados a que pode estar ligado, de mostrar que outras formas de enunciação exclui. Não se busca, sob o que está manifesto, a conversa semi-silenciosa de um outro discurso: deve-se mostrar por que não poderia ser outro, como exclui qualquer outro, como ocupa, no meio dos outros e relacionado a eles, um lugar que nenhum outro poderia ocupar. A questão pertinente a uma tal análise poderia ser assim formulada: que singular existência é esta que vem à tona no que se diz e em nenhuma outra parte? (FOUCAULT, 2008 [1969], p. 31).

Foucault descreve, assim, a abordagem que ele propõe para a análise dos campos discursivos. Como vimos, ele diferencia essa abordagem de uma análise hermenêutica tradicional que se concentra em desvendar um suposto significado oculto por trás do que é explicitamente dito. Em vez disso, Foucault defende uma análise focada na singularidade do enunciado, na especificidade de sua situação e nas condições de sua existência. Portanto, o objetivo não é revelar “o que está por trás” do discurso – sobretudo porque não há tal espessura –, mas sim mostrar suas relações com outros discursos como condições que possibilitaram o seu aparecimento. Não nos interessa, portanto, explicar “o sentido” ou “o significado” dos discursos sobre a loucura que analisamos neste trabalho; antes, tentamos evidenciar as irrupções discursivas, as relações entre discursos atuais sobre a loucura e outros

já-ditos, as condições de produção que possibilitaram sua emergência e os embates discursivos que promovem formações discursivas diversas.

No entanto, é sempre bom lembrar que, como já afirmado por Foucault, “[...] um enunciado é sempre um acontecimento que nem a língua nem o sentido podem esgotar inteiramente” (FOUCAULT, 2008 [1969], p. 31). Então, não cabe aqui uma análise exaustiva de cada enunciado analisado, posto não ser possível esgotar todas as suas relações. Novamente recorremos a Foucault: “[f]ora de cogitação, entretanto, está o fato de se poder descrever, sem limites, todas as relações que possam assim aparecer” (FOUCAULT, 2008 [1969], p.33).

Levando em conta tudo o que acaba de ser explicado sobre a noção de descontinuidade histórica e discursiva, passamos agora a buscar entender o que são discurso, formação discursiva e enunciado para Foucault.

2.2. DISCURSO E FORMAÇÃO DISCURSIVA

A concepção de “discurso” de Foucault se diferencia do sentido dicionarizado de “discurso”, como a definição do dicionário Aulete, segundo a qual discurso é uma “[e]xposição oral feita em público ou preparada para ser lida em público, pelo próprio orador ou não”. Entender o que é discurso para Foucault é fundamental para compreendermos como o poder, o saber e a verdade são produzidos, disseminados e controlados em uma sociedade. No entanto, antes de entendermos o que é o discurso para Foucault, vamos entender, primeiro, o que é o “enunciado”, visto que são vários enunciados que compõem o discurso.

Para Foucault, não existe uma língua sem enunciado, mas nenhum enunciado é indispensável para que uma língua exista. O enunciado, segundo o autor, não se confunde com uma proposição, nem com uma frase ou tampouco com um ato de fala, ou seja, a concepção de enunciado de Foucault não está presa aos conceitos já estabelecidos por outras correntes linguísticas, seja da gramática gerativa, da gramática normativa ou da teoria dos atos de fala. Foucault justifica essa distância da concepção de “enunciado” das outras definições e teorias da seguinte maneira:

[...] encontramos enunciados sem estrutura proposicional legítima; encontramos enunciados onde não se pode reconhecer nenhuma frase; encontramos mais enunciados do que os *speech acts* que podemos isolar, como se o enunciado fosse mais tênue, menos

carregado de determinações, menos fortemente estruturado, mais onipresente, também, que todas essas figuras; como se seus caracteres fossem em número menor e menos difíceis de serem reunidos; mas como se, por isso mesmo, ele recusasse toda possibilidade de descrição. (FOUCAULT, 2008 [1969], p. 95)

Foucault não se preocupa com os mesmos fenômenos que os gerativistas, os gramáticos normativos e os pragmáticos filiados à teoria dos atos de fala se preocupam. O enunciado não será entendido como uma estrutura por Foucault, mas como uma função – mais exatamente, uma função de existência.

Para que um enunciado seja considerado como tal, existem algumas características que devem ser preenchidas; por exemplo, é preciso que essa série de signos a que chamamos de enunciado “[...] tenha com ‘outra coisa’ [...] uma relação específica que se refira a ela mesma – e não à sua causa, nem a seus elementos” (FOUCAULT, 2008 [1969], p. 100). Essa relação não é a mesma de uma proposição com o seu referente, isto é, não é um referente que precisa ser verificado no mundo e a ele atribuído um valor de verdade. O enunciado tem um correlato discursivo, quer dizer, um conjunto de domínios, um campo de correlações. Esse correlato é aquilo a que se refere, que é posto em jogo; não é somente aquilo que é dito, mas aquilo de que fala, o seu “tema”. Por exemplo, a célebre frase de Chomsky “ideias verdes incolores dormem furiosamente” não tem sentido, apesar de ter uma estrutura gramatical correta. Ela não tem um referente no mundo, no entanto, ela tem um campo discursivo correlato. Segundo Foucault, por mais que uma frase não seja significativa, ela se relaciona a alguma coisa, na medida em que é um enunciado. E em seu campo de correlações, essa frase tem função e sentido, tem a sua função de existência. Assim, o correlato de um enunciado não é um indivíduo, nem um objeto; é, antes, um conjunto de domínios em que os objetos podem aparecer, e as relações podem ser assinaladas. Isto é, para que haja um enunciado, é necessário, nos termos de Foucault, um “referencial”. Esse referencial não se confunde com o “referente” de Frege, uma coisa, um fato ou uma realidade; o referencial é constituído de leis de possibilidade, de regras de existência:

O referencial do enunciado forma o lugar, a condição, o campo de emergência, a instância de diferenciação dos indivíduos ou dos objetos, dos estados de coisas e das relações que são postas em jogo pelo próprio enunciado; define as possibilidades de aparecimento e de

delimitação do que dá à frase seu sentido, à proposição seu valor de verdade. (FOUCAULT, 2008 [1969], p. 103)

Outra característica do enunciado é que seu “sujeito” não equivale aos elementos gramaticais de primeira pessoa, conforme prevê a gramática normativa. Em outras palavras, o sujeito do enunciado não é uma categoria gramatical que está presente no sintagma linguístico. Aliás, “[...] e sobretudo, todos os enunciados que têm uma forma gramatical fixa (quer seja em primeira ou em segunda pessoa) não têm um único e mesmo tipo de relação com o sujeito do enunciado” (FOUCAULT, 2008 [1969], p. 104). Logo, o emissor do enunciado não é o sujeito fundante dele. O sujeito do enunciado é reconhecido por relações: ele é uma *posição*. E, uma vez que é uma posição, esta pode ser ocupada por distintos indivíduos – e, ao mesmo tempo, um indivíduo pode ocupar posições como sujeito de distintos enunciados. Há uma dupla constituição, de modo que um conjunto de signos só pode ser considerado como enunciado “[...] na medida em que pode ser assinalada a posição do sujeito” (FOUCAULT, 2008 [1969], p. 108).

A terceira característica da função enunciativa é que ela só pode se exercer com a existência de um domínio associado. Ou seja, ela não se limita ao suporte material que lhe dá existência, mas precisa de um campo adjacente. Para explicar seu ponto, Foucault mostra que, em outras teorias linguísticas, o que é definido como frases ou proposições pode ser retirado do contexto original e mesmo assim será possível reconhecê-lo como tal. Um enunciado, por outro lado, se instaura já relacionado a todo um campo adjacente. Assim, não há enunciados que não suponham a existência de outros – e sempre terá, portanto, margens povoadas de outros enunciados. Um enunciado estará sempre associado a um campo de outros enunciados.

Esse campo associado, que faz com que uma frase ou uma proposição seja um enunciado, forma uma trama complexa que é composta pela série de outras formulações e pelo conjunto das formulações a que o enunciado se relaciona “[...] seja para repeti-las, seja para modificá-las ou adaptá-las, seja para se opor a elas, seja para falar de cada uma delas; não há enunciado que, de uma forma ou de outra, não reatualize outros enunciados” (FOUCAULT, 2008 [1969], p. 111). Voltamos à ideia foucaultiana de que não somos origem fundadora de nossos enunciados, visto que nossos enunciados estão sempre em relação a uma rede de outros enunciados.

Assim, o enunciado se delinea em um campo enunciativo no qual ele “[...] tem lugar e status, que lhe apresenta relações possíveis com o passado e que lhe abre um futuro eventual” (FOUCAULT, 2008 [1969], p. 111). A partir dessa característica, Foucault afirma que não há, portanto, enunciado livre, neutro e independente, pois ele sempre faz parte de um conjunto de enunciados e se integra sempre em um jogo enunciativo. Logo, reiteramos a conclusão de que não há enunciado que não suponha a existência de outros enunciados.

A última condição para que uma sequência de elementos linguísticos possa ser considerada e analisada como um enunciado é ter uma existência material, ou seja, o enunciado existe, antes de tudo, em sua materialidade enunciativa. Ele se materializa em um suporte, em um lugar e em um tempo específico.

Foucault então encara a dificuldade de reconhecer a efemeridade do enunciado como um acontecimento ao mesmo tempo único, irrepetível – uma vez que aquele enunciado, naquele lugar, naquele momento, só pode ocorrer uma única vez – e possuir uma capacidade de recursividade, de repetição. Daí a diferença fundante entre a “enunciação” como o próprio ato de enunciar, e o “enunciado”, aquilo que podemos retomar, inclusive como condição de possibilidade de uma memória discursiva. Nas palavras de Foucault: “Duas pessoas podem dizer ao mesmo tempo a mesma coisa; já que são duas, haverá duas enunciações distintas. Um único e mesmo sujeito pode repetir várias vezes a mesma frase; haverá igual número de enunciações distintas no tempo.” (FOUCAULT, 2008 [1969], p. 114). Como dissemos, a enunciação é um acontecimento que não se repete, mas aquilo que foi enunciado pode ser reconhecido como “o mesmo” – ainda que cada nova sua enunciação seja já outra, deslocando e ressignificando o enunciado. De acordo com Foucault: “[e]nquanto uma enunciação pode ser recomeçada ou reevocada, enquanto uma forma (linguística ou lógica) pode ser reatualizada, o enunciado tem a particularidade de poder ser repetido: mas sempre em condições estritas.” (FOUCAULT, 2008 [1969], p. 118). Essas condições estritas para a repetição de um enunciado referem-se à ideia de que a reprodução desse enunciado não acontece de forma ilimitada ou completamente idêntica à sua formulação original: eles serão repetidos, mas nunca de forma idêntica.

Após entender o que Foucault chama de “enunciado”, passamos para a definição do que é o “discurso”. O discurso é, para Foucault, um conjunto de

enunciados que pertencem a uma mesma formação discursiva². O discurso deve ser entendido como uma prática que obedece a regras de aparição. Seu aparecimento está relacionado às condições de produção que possibilitaram a sua emergência. Isso significa dizer que o discurso não é só um amontoado de palavras ou frases, mas é objeto de desejo e de poder. Conforme a notória frase de Foucault em *A ordem do discurso*: “O discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual queremos nos apoderar” (FOUCAULT, 2006 [1971], p. 10).

Segundo Foucault (2002 [1973]), uma tendência aceita nas universidades europeias nos anos 1970 é tratar o discurso como um conjunto de fatos linguísticos ligados entre si por regras sintáticas de construção. No entanto, para ele, é preciso considerar esses fatos de discurso não apenas sob seu aspecto linguístico, mas como *jogos*: jogos estratégicos, de ação e de reação, de pergunta e de resposta, de dominação e de esquiva, como também de luta. Nesse sentido, um discurso não se refere apenas a uma conversa ou a um texto específico, mas a um conjunto de práticas, regras e estruturas que moldam o que pode ser dito, como pode ser dito, por quem e em que contexto pode ser dito. O discurso não é apenas uma expressão de ideias, mas também onde o poder se manifesta e se exerce. Discurso e poder, então, estão imbricados: não há discurso sem luta, o que também vale para as esferas micro, cotidianas – enfim, há disputa de poder no/pelo discurso em qualquer relação intersubjetiva.

Ainda em seu livro *A ordem do discurso*, Foucault analisa como certos discursos são autorizados, legitimados e valorizados em uma sociedade em detrimento de outros. O pensador acredita que em toda sociedade a produção do discurso é controlada, selecionada, organizada e redistribuída por procedimentos que têm como objetivo conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade (2006 [1971]). De acordo com ele, existem procedimentos responsáveis por essas organização e distribuição dos discursos. Existem procedimentos externos aos discursos, que são aqueles que funcionam como sistemas de exclusão e estão relacionados com o poder – a interdição, a segregação e a vontade de verdade –, e existem também procedimentos

² Esse conceito, fundamental para compreender as ideias de Foucault, será explicado a seguir.

de controle internos ao discurso, nos quais os próprios discursos exercem esse poder regulador – são eles o comentário, a autoria e a disciplina. E, por fim, há procedimentos de sujeição do discurso; eles garantem a distribuição dos sujeitos que falam nos diferentes tipos de discurso e a apropriação dos discursos por certas categorias de sujeitos. Os procedimentos de sujeição são os seguintes: ritual, sociedade de discurso, doutrina e apropriações sociais. Segundo Foucault, esses procedimentos controlam e regulam a produção, a circulação e a limitação do discurso em uma sociedade. Esses procedimentos fornecem mecanismos de controle sobre o que é dito, sobre quem pode falar, onde e quando, moldando, assim, a relação entre poder e discurso.

Vamos comentar, brevemente, cada um desses procedimentos. Começemos pelos procedimentos externos ao discurso. A interdição é o procedimento que regula o que se pode dizer, quem pode dizer e em quais circunstância se pode dizer. Esse procedimento marca uma clara relação do poder com o discurso, visto que estará na posição de discursar o sujeito que ocupar uma dada relação de poder em determinada circunstância. Já a segregação, como o próprio nome diz, “segrega” o discurso. O exemplo citado por Foucault é o discurso do louco, pois o seu discurso não pode circular; sua palavra é nula, sem importância e sem verdade. Assim, esse procedimento separa certos grupos sociais ou tipos de discurso do restante da sociedade, marginalizando-os ou isolando-os em espaços específicos. O último procedimento externo é o que Foucault chama de “vontade de verdade”. Nele Foucault evidencia que “a verdade” é constituída histórica e contextualmente. Dessa forma, o que é “verdade” para certa sociedade depende do contexto de produção discursiva, dos poderes vigentes e das instituições que controlam os discursos. Assim, esse procedimento externo envolve a imposição de certos padrões de verdade por meio de instituições, autoridades ou sistemas de poder, determinando quais discursos são considerados verdadeiros e legítimos.

Passemos agora para os procedimentos internos aos discursos. O comentário diz respeito à repetição e retomada dos discursos. Esse procedimento é paradoxal e deve “[...] dizer pela primeira vez aquilo que, entretanto, já havia sido dito e repetir incansavelmente aquilo que, no entanto, não havia jamais sido dito.” (FOUCAULT, 2006 [1971], p. 25). O procedimento do autor é complementar ao do comentário. Nele, o autor não é entendido como um indivíduo, mas “o autor” é um princípio de

agrupamento do discurso. Aquilo a que chamamos de “autor” é uma posição que se constitui de discursos que lhe dão existência e reconhecimento. Por último, temos a disciplina, um princípio móvel que permite construir novos discursos. As disciplinas também são um princípio de controle da produção de discurso uma vez que estabelecem limites, padrões e critérios para a produção de conhecimento, determinando o que é considerado válido, legítimo ou aceitável dentro de um domínio específico.

Por fim, temos o terceiro grupo de procedimentos, o de sujeição do discurso. Esses procedimentos distribuem os sujeitos que podem falar e os discursos passíveis de serem ditos. Assim, certos sujeitos podem se apropriar de certos discursos, pois, como vimos, nem todo discurso é aberto e sem restrições. Segundo Foucault, o ritual é o procedimento mais visível do sistema de restrição e é ele que define a qualificação que devem possuir os indivíduos que falam, os comportamentos, as circunstâncias e tudo que deve acompanhar o discurso. Dentre os exemplos, Foucault cita os discursos judiciários, pois são discursos que “[...] não podem ser dissociados dessa prática de um ritual que determina para os sujeitos que falam, ao mesmo tempo, propriedades singulares e papéis preestabelecidos” (FOUCAULT, 2006 [1971], p. 39). Assim, esses rituais que precisam ser seguidos dão legitimidade, autoridade e valor a certos discursos, consolidando sua “verdade” dentro de determinadas comunidades ou contextos sociais. Já a sociedade de discurso está relacionada à formação de grupos ou comunidades que se constituem em torno de práticas discursivas específicas. Sua função é conservar e/ou produzir discursos, mas estes circularão em um espaço fechado e serão distribuídos de acordo com regras estritas. Dessa forma, há uma ideia de “segredo” nessas sociedades de discurso, já que apenas um grupo limitado terá acesso àquele discurso. Por outro lado, a doutrina tende a difundir-se, mas, para fazer parte de uma doutrina, é necessário aceitar as mesmas verdades e regras consolidadas. Nesse sentido, a doutrina liga os indivíduos a certos tipos de enunciado e lhes proíbe todos os outros. Por fim, temos as apropriações sociais do discurso, procedimento que envolve a apropriação e o uso dos discursos por diferentes grupos sociais para reforçar identidades, estabelecer poder ou promover seus interesses. O exemplo de Foucault é o sistema de ensino. Para o filósofo, todo sistema de educação é uma maneira política de manter ou modificar a apropriação dos discursos, e essa apropriação leva consigo os poderes que envolvem o discurso.

Esses procedimentos de organização e distribuição dos discursos esquematizam aquilo que Foucault já nos havia adiantado no início de seu texto: a relação entre discurso e poder, ou seja, como o poder está intrinsecamente ligado à produção, ao controle e à disseminação do discurso em uma sociedade. As relações de poder ditam quais discursos podem circular, quais são “verdadeiros” e quem pode ter acesso a eles. Assim, o discurso não é apenas uma representação de poder, mas é, em si, uma manifestação de poder. Assim, entendemos a famosa relação estabelecida por Foucault entre poder/saber: o poder está diretamente relacionado à produção de conhecimento e à definição do que é “a verdade”, qual é “o discurso verdadeiro”. Os discursos aceitos como verdadeiros são aqueles que são autorizados e validados por certos sistemas de poder, enquanto outros são desacreditados ou excluídos.

Logo, fica claro que o discurso não é apenas uma questão de linguagem ou de expressão verbal. Ele é também uma prática institucionalizada e uma forma de controle social. As instituições, os sistemas de ensino, as leis, as práticas médicas instituem discursos considerados verdadeiros, legítimos ou aceitáveis em uma determinada sociedade.

Um último conceito que nos resta explicar é a ideia de “formação discursiva” (FD). Como vimos anteriormente, Foucault considera o discurso como algo descontínuo, que não se organiza em conjuntos preestabelecidos. Dessa forma, uma análise foucaultiana busca descrever os sistemas de dispersão dos discursos. Nesse sentido, o método arqueológico de Foucault tenta encontrar as regularidades discursivas que *formam* discursos, como temas e estratégias recorrentes em distintos enunciados. Portanto, quando se puder descrever entre os enunciados semelhante sistema de dispersão, teremos uma formação discursiva. Na explanação de Fernandes (2023), há uma formação discursiva quando há “[...] certo número de enunciados com semelhante sistema de dispersão, ou seja, com similares objetos, sujeitos, conceitos e escolhas estratégicas” (p. 6). Dessa forma, as formações discursivas aparecem quando é possível definir uma regularidade entre distintos enunciados, quando se puder descrever algo comum e repetido neles. Foucault chama de “regras de formação” as condições que determinam a existência dessas distribuições discursivas. Assim,

[d]iremos, pois, que uma formação discursiva se define (pelo menos quanto a seus objetos) se se puder estabelecer um conjunto semelhante; se se puder mostrar como qualquer objeto do discurso em questão aí encontra seu lugar e sua lei de aparecimento; se se puder mostrar que ele pode dar origem, simultânea ou sucessivamente, a objetos que se excluem, sem que ele próprio tenha de se modificar. (FOUCAULT, 2008 [1969], p. 50)

Em resumo, uma formação discursiva pode ser delineada quando se identifica um conjunto semelhante de enunciados, revelando como cada objeto discursivo se insere e segue uma lei específica de aparecimento. Uma formação discursiva não é apenas um conjunto aleatório de discursos, mas um campo no qual certos temas, termos, conceitos e práticas têm sua própria lógica de funcionamento.

Pensando nos discursos aqui analisados, temos distintas formações discursivas sobre a loucura. Como mostramos em nossa análise, por um lado temos formações discursivas nas quais o fim do manicômio e o cuidado em liberdade são enunciados regulares, enquanto, em outras, o eletrochoque como tratamento e a internação como lugar dos “doentes mentais” são discursos recorrentes. Além disso, foi possível perceber que, em distintas formações discursivas, são usados distintos termos para se referir ao “louco”, evidenciando essa regularidade de termos dentro de uma FD e as possibilidades de distinção de uma FD para outra.

Antes de começarmos a discutir e analisar os discursos por nós selecionados sobre a loucura em textos legais contemporâneos brasileiros, mostramos as relações entre discurso e poder especificamente em relação ao discurso jurídico, principalmente no que diz respeito ao imaginário da lei como “a verdade” de uma sociedade.

2.3. VERDADE E DISCURSO JURÍDICO

Não é de hoje que leis e decretos parecem expressar verdades absolutas de uma sociedade. Contudo, como vimos, Foucault nos mostra como o discurso é um lugar de disputa de poder. A verdade, assim, não é um discurso à prova de questionamentos, mas, ele próprio, uma instância de poder. Além disso, para Foucault, não é possível falar em “a verdade”, já que a verdade não é única e transcendente; ela surge a partir de uma história, cuja formação discursiva é política. Com as leis e os decretos não é diferente – eles não são imunes a relações de poder.

Para Foucault, as regras do direito delimitam formalmente o poder, e esses discursos produzem efeitos de verdade. A partir disso, Foucault (2018 [1978]) estabelece uma relação entre poder, direito e verdade.

Antes de examinarmos a relação entre poder, direito e verdade, vale ressaltar que o foco da pesquisa é entender as continuidades e descontinuidades discursivas sobre a loucura no discurso jurídico da Contrarreforma psiquiátrica. No entanto, consideramos que observar e entender essa relação é importante para os objetivos deste trabalho, já que fizemos nossa análise levando em conta as relações entre poder, discurso jurídico e produção da verdade.

De acordo com Foucault (2018 [1978]), em qualquer sociedade existem relações de poder múltiplas que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social, e essas relações de poder não podem se estabelecer nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso. Assim, ele defende que não há exercício do poder sem uma economia dos discursos de verdade. Nesse sentido, o filósofo considera que

[s]omos submetidos pelo poder à produção da verdade e só podemos exercê-lo através da produção da verdade. Isto vale para qualquer sociedade, mas creio que na nossa as relações entre poder, direito e verdade se organizam de uma maneira especial. (FOUCAULT, 2018 [1978], p. 159).

Foucault argumenta que o poder está intimamente ligado à produção da verdade, sugerindo que ele opera não apenas reprimindo ou controlando, mas também influenciando e moldando o que é considerado verdadeiro em uma determinada sociedade. Assim, Foucault destaca que em qualquer sociedade o poder está envolvido na produção da verdade, pois é por meio dela que o poder se estabelece, legitima suas práticas e influencia as relações sociais. Nesse sentido, Foucault considera que, por um lado, somos obrigados pelo poder a produzir a verdade (ou então a confessá-la) – e a partir dela podemos produzir outras coisas, como a riqueza, por exemplo – e, por outro lado, estamos submetidos à verdade, pois, ao produzir o discurso verdadeiro, ela produz também efeitos de poder. E é por causa desses efeitos de poder que somos obrigados a desempenhar certas atividades e a seguir certos modos de vida.

Nessa perspectiva, Foucault afirma que a verdade não existe fora do poder ou sem poder. A verdade é produzida graças a múltiplas coerções, e ela, por sua vez, produz efeitos de poder. Consequentemente, a verdade varia no tempo e no espaço. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua própria política geral de verdade, isto é,

[...] os tipos de discurso que ela [cada sociedade] acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro. (FOUCAULT, 2018 [1978], p. 15-16).

Observa-se, então, que Foucault (2018 [1978]) não entende a verdade como um conjunto das coisas verdadeiras a descobrir ou a aceitar, mas como o conjunto de regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder. Assim, para o filósofo, a verdade é um conjunto de procedimentos regulados para a produção, a distribuição e a circulação dos enunciados. Portanto, a verdade “[...] está circularmente ligada a sistemas de poder, que a produzem e apoiam, e a efeitos de poder que ela induz e que a reproduzem” (FOUCAULT, 2018 [1978], p. 17).

Por fim, Foucault considera que há, em nossa sociedade, um combate pela verdade ou em torno da verdade, mas não "em favor" da verdade; é uma luta em relação ao estatuto de verdade e ao papel econômico-político que ela desempenha, e não para distinguir o que é verdadeiro do falso. Assim, o que ocorre não é um esforço direto ou uma busca pela verdade em si mesma, mas uma disputa pelo controle e pela autoridade sobre o que é aceito como verdadeiro em determinados contextos.

Pensando na verdade relacionada ao contexto jurídico, Benayon (2019) considera que, muitas vezes, na formação social contemporânea, a instituição jurídica produz um apagamento das relações históricas que a constituem, dando uma falsa ideia de que “[...] as leis, na forma do direito, tivessem sido imputadas à existência humana de tal modo que não houvesse ou pudesse haver outro estado possível” (BENAYON, 2019, p. 40). Dessa forma, cria-se uma ideia de que haveria nas leis uma verdade intrínseca que seria, por conseguinte, inquestionável. Benayon (2019) mostra

que as instituições e as normas jurídicas mudam conforme as condições históricas de produção e, além disso, que

[...] a própria forma jurídica, que possibilita a instituição do direito, surge apenas quando certas condições a possibilitam, em determinado tempo histórico, de modo que o poder jurídico nem sempre existiu com os contornos que se é dado a saber. (BENAYON, 2019, p. 41)

Dessa maneira, Benayon nos lembra que a própria forma jurídica muda ao longo da história. Portanto, não é possível desconsiderar as condições de produção dos discursos também da instância jurídica. Assim, “[...] o funcionamento do discurso jurídico torna-se analisável quando se leva em consideração as relações econômicas e sociais configuradas em determinada formação social” (BENAYON, 2019, p. 41). Isto é, para compreender o funcionamento do discurso jurídico, é necessário considerar as relações econômicas e sociais que estão presentes em uma determinada formação social. Em outras palavras, a análise do discurso jurídico não pode ser dissociada do contexto mais amplo em que ele está inserido.

Ao falarmos de discurso e verdade, sempre os relacionamos ao poder. Precisamos então nos dedicar mais detidamente sobre como é o entendimento de *poder* em uma perspectiva foucaultiana. Foucault (2018 [1978]) não considera o poder como um fenômeno de dominação homogêneo de um indivíduo sobre outros ou de um grupo sobre outros grupos, mas, em vez disso, entende que o poder não é algo que se possa dividir entre aqueles que o têm e aqueles que não o têm. Em suas palavras: “[o] poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia” (FOUCAULT, 2018 [1978], p. 162). Nesse sentido, o poder se exerce em rede; ele não está exclusivamente com alguém, não há uma única pessoa ou grupo que o possua, posto que ele não funciona como uma riqueza ou um bem. Assim, todo e qualquer indivíduo pode exercer o poder e pode também sofrer sua ação: “[e]m outros termos, o poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles” (FOUCAULT, 2018 [1978], p. 163). O indivíduo é, ao mesmo tempo, aquele que exerce poder e, também, um efeito do poder. Assim, o poder passa através do indivíduo que ele próprio constituiu.

Além disso, lembremos o notório posicionamento de Foucault segundo o qual o poder não é algo puramente repressivo. O poder gera coisas: induz ao prazer, forma

saberes e produz discursos. Até porque, se o poder fosse única e exclusivamente repressivo e não tivesse um efeito positivo em alguma instância, a repressão contra ele seria algo fácil de se levantar. Portanto, "[d]eve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir" (FOUCAULT, 2018 [1978], p. 11). Assim, o poder não é só negativo e repressivo: ele é produtivo, criando conhecimentos e estabelecendo práticas sociais.

De acordo com Foucault (2018 [1978]), houve uma mudança na forma como o poder era exercido ao longo do tempo. A partir dos séculos XVII e XVIII, aconteceu um fenômeno importante, a invenção de uma nova mecânica de poder. Antes o poder era relacionado a bens materiais e dinheiro, se exercia em relação à riqueza. Contudo, esse novo mecanismo de poder que surge nos séculos XVII e XVIII apoia-se mais nos corpos e em seus atos do que na terra e seus produtos. Segundo Foucault, "[é] um mecanismo que permite extrair dos corpos tempo e trabalho mais do que bens e riqueza" (FOUCAULT, 2018 [1978], p. 166). Esse é o novo poder disciplinar, que não pode mais ser transcrito em termos de "soberania".

A soberania está relacionada a riquezas e bens, enquanto o poder disciplinar está relacionado ao trabalho e aos corpos. Dessa forma, nesse momento o poder se volta para o corpo dos indivíduos – o que pode ser claramente observado nas prisões e manicômios, que têm como forma de punição a segregação física, a disciplina e, em alguns casos, o trabalho forçado. Esse novo tipo de poder se exerce, então, sobre os corpos, disciplinando-os e controlando-os.

Já no que diz respeito às relações entre verdade e discurso jurídico, Foucault, em seu livro *A verdade e as formas jurídicas* (2002 [1973]), afirma que as práticas judiciárias "[...] parecem uma das formas pelas quais nossa sociedade definiu tipos de subjetividade, formas de saber e, por conseguinte, relações entre o homem e a verdade que merecem ser estudadas" (FOUCAULT, 2002 [1973], p. 11). Portanto, Foucault entende as práticas judiciárias como uma das formas que estabelecem relação entre o homem e a verdade. No livro supracitado, Foucault pretende pesquisar as formas jurídicas e sua evolução no campo do direito penal como lugar de origem de um determinado número de formas de verdade. Ou seja, o autor está preocupado em analisar, dentro do discurso jurídico, o discurso penal e, a partir dele, a construção de formas de verdade. Ainda que em nossa pesquisa não analisamos propriamente o

discurso penal, entendemos os pontos elucidados por Foucault metonimicamente para outras áreas jurídicas, como é o caso dos dispositivos legais que foram analisados nesta dissertação. É neste sentido que adotamos os pensamentos elaborados por ele aqui.

Foucault (2002 [1973]) aponta que as relações entre verdade e formas jurídicas não são recentes, como discutido mais adiante. Tal relação, é claro, permanece ainda nos dias de hoje. Por exemplo, em alguns dicionários, a ideia do que é o “jurídico” segue relacionada a uma ideia do que é justo, correto e de bons costumes, ou seja, ainda se entende os discursos do “jurídico” como o discurso que fala a verdade sobre o modo de agir em sociedade. Esse é o caso do dicionário online *Dicio*, cuja definição de “jurídico” é, em sua segunda acepção, a seguinte: “Refere-se às normas sociais que buscam expressar ou alcançar um ideal justo, mantendo e regulando a vida em sociedade” (JURÍDICO, 2024a) e, na quarta entrada do mesmo dicionário, lemos: “Relativo aos bons costumes, ao que é correto, honesto, justo.” (JURÍDICO, 2024a).³

Para Foucault (2002 [1973]), foi a partir das práticas judiciárias que nasceram “[...] os modelos de verdade que circulam ainda em nossa sociedade, se impõem ainda a ela e valem não somente no domínio da política, no domínio do comportamento cotidiano, mas até na ordem da ciência” (p. 27). De acordo com o autor, a princípio, o “juízo” ou a busca pela verdade dos fatos não era feita por uma investigação ou estudo, mas por meio do litígio ou da contestação, que estão relacionados com o surgimento do inquérito no pensamento grego. Para exemplificar, Foucault cita o desafio lançado por Menelau a Antíloco, descrito na *Ilíada*, texto da Grécia Antiga, no qual Menelau pede a Antíloco que jure diante dos deuses que não trapaceou na corrida que haviam disputado. Se Antíloco fosse capaz de jurar perante os deuses, então estaria falando a verdade. Segundo Foucault,

[e]m um procedimento como este não há juiz, sentença, verdade, inquérito nem testemunho para saber quem disse a verdade. Confia-se o encargo de decidir não quem disse a verdade, mas quem tem

³ Vale destacar que nem todos os dicionários seguem essa linha. O Dicionário Houaiss e o próprio *Vade Mecum* definem “jurídico” das seguintes formas, respectivamente: “1 relativo ao Direito. 1.1 em conformidade com os princípios do Direito, da lei, da jurisprudência; que se faz por via da justiça; lícito, legal” (JURÍDICO, 2024b) e “Relativo, consoante ao Direito; conforme os preceitos do Direito, a ciência do Direito ou à ordem jurídica.” (JURÍDICO, 2024c). Assim, eles não relacionam o termo “jurídico” ao que é verdadeiro, justo ou correto, apenas aquilo que se refere ao direito.

razão, à luta, ao desafio, ao risco que cada um vai correr. (FOUCAULT, 2002 [1973], p. 53).

Depois surge uma nova forma de julgar, uma tentativa de encontrar a verdade. De acordo com Foucault, a história presente em *Édipo Rei* é o primeiro testemunho que temos das práticas judiciárias gregas. Para o filósofo, nesta tragédia a busca pela verdade se consubstancia na procura para descobrir quem é o assassino do rei. É nesse texto que podemos ver o início de um sistema racional do direito. Para Foucault, a busca pela verdade que aparece em *Édipo Rei* ilustra a mudança da forma de se buscar a verdade na Grécia antiga: o que antes era decidido por desafios e intervenções dos deuses, agora acontece por meio de uma forma judiciária:

Houve na Grécia, portanto, uma espécie de grande revolução que, através de uma série de lutas e contestações políticas, resultou na elaboração de uma determinada forma de descoberta judiciária, jurídica, da verdade. Esta constitui a matriz, o modelo a partir do qual uma série de outros saberes – filosóficos, retóricos e empíricos – puderam se desenvolver e caracterizar o pensamento grego. (FOUCAULT, 2002 [1973], p. 55).

Assim, Foucault ilustra como o judiciário estava imiscuído à procura pela verdade desde a Grécia antiga. No entanto, essa forma de inquérito foi esquecida e se perdeu, mas foi retomada, sob outras formas, séculos depois na Idade Média. Segundo Foucault, há, na Idade Média um segundo nascimento do inquérito, mais obscuro e lento, mas que teve um sucesso mais efetivo que o primeiro. Dessa forma, Foucault considera que o método grego do inquérito havia estacionado, pois não chegava à fundação de um conhecimento racional capaz de se desenvolver indefinidamente. E, por outro lado, o inquérito que nasce na Idade Média tem dimensões maiores. Para o autor, foi no meio da Idade Média que o inquérito apareceu como forma de pesquisa da verdade no interior da ordem jurídica. “Foi para saber exatamente quem fez o quê, em que condições e em que momento, que o Ocidente elaborou as complexas técnicas do inquérito que puderam, em seguida, ser utilizadas na ordem científica e na ordem da reflexão filosófica.” (FOUCAULT, 2002 [1973], p. 12)

Já no século XIX surgem, a partir de problemas jurídicos, judiciários, penais, formas de análise que Foucault (2002 [1973]) chama de “exame”, e não mais “inquérito”. Segundo ele, essas formas jurídicas “[...] nasceram em ligação direta com

a formação de um certo número de controles políticos e sociais no momento da formação da sociedade capitalista, no final do século XIX" (p. 12).

Foucault considera que essa reorganização do sistema judiciário e penal no final do século XVIII deu origem ao que ele chama de "sociedade disciplinar". Segundo o autor, essa transformação ocorreu em todo o mundo, ainda que não tenha as mesmas formas, amplitude e cronologia nos diferentes países. De acordo com ele, no princípio do século XVIII a lei penal tinha como objetivo reparar o mal ou impedir que males semelhantes fossem cometidos contra o corpo social. Nesse sentido, havia punições como deportação, exclusão no próprio local (escândalo e humilhação), trabalho forçado (para reparar o dano causado) e mesmo a pena de talião (popularmente conhecido como "olho por olho, dente por dente"). No entanto, todos esses projetos de penalidade foram substituídos pela prisão. Assim, para Foucault, a legislação vai se desviando de uma utilidade social e se volta para o indivíduo. Nesse sentido, ao final do século XIX, surge a grande noção advinda da criminologia e da penalidade de "periculosidade":

A noção de periculosidade significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam. (FOUCAULT, 2002 [1973], p. 85).

Assim, um indivíduo era considerado "perigoso" não necessariamente pelo que fez, mas pelo perigo que representa, ou seja, pelo que pode fazer, pelo que é capaz de fazer ou pelo que estaria prestes a fazer. A partir disso, para assegurar o controle dos indivíduos e de seus comportamentos, a teoria penal aponta que a instituição penal não podia mais estar inteiramente em mãos de um poder autônomo, no caso, o poder judiciário. Ocorre, então, nesse momento, a separação entre poder judiciário, executivo e legislativo. Com isso,

[o] controle dos indivíduos, essa espécie de controle penal punitivo dos indivíduos ao [sic] nível de suas virtualidades, não pode ser efetuado pela própria justiça, mas por uma série de outros poderes laterais, à margem da justiça, como a polícia e toda uma rede de instituições de vigilância e de correção — a polícia para a vigilância, as instituições psicológicas, psiquiátricas, criminológicas, médicas, pedagógicas para a correção. (FOUCAULT, 2002 [1973], p. 86).

Portanto, o controle dos indivíduos não é mais apenas realizado através do sistema judicial e da justiça penal, mas também por meio de outras instituições e práticas que estão à margem do campo da justiça. Essas outras instituições andarão lado a lado com a instituição judiciária – como é o caso das instituições psiquiátricas, que, nesse momento, desempenham funções de correção e têm como objetivo corrigir os comportamentos considerados desviantes ou perigosos para a sociedade. Todas essas outras instituições – não só as psiquiátricas – terão como função não mais punir as infrações dos indivíduos, mas corrigir suas virtualidades.

Assim, segundo Foucault (2002 [1973]), entramos na idade do que ele chama de "ortopedia social": "Trata-se de uma forma de poder, de um tipo de sociedade que classifico de sociedade disciplinar por oposição às sociedades propriamente penais que conhecíamos anteriormente." (p. 86). Essa sociedade disciplinar é a sociedade do controle social. Para explicar essa sociedade, Foucault menciona o agora célebre exemplo do "*panopticon*", um edifício em forma de anel, no meio do qual há um pátio com uma torre no centro. Nessa torre fica um vigilante que consegue observar todos os indivíduos ao redor, mas o inverso não acontece: ou seja, aqueles que estão ao redor da torre não sabem quando estão sendo observados (pode ser que jamais sejam observados). Assim, esse tipo de construção permite que as pessoas sejam constantemente vigiadas – mais importante: têm a impressão de que estão sempre sendo vigiadas. Os observados podem ser distintas pessoas em distintas instituições: uma criança na escola, um operário na fábrica, um prisioneiro na prisão ou um louco no manicômio. O *Panopticon* possibilita um tipo de poder que Foucault batizou de panoptismo. Este é um dos traços característicos da nossa sociedade: uma forma de poder que se exerce sobre os indivíduos em forma de vigilância individual e contínua, "[...] em forma de controle de punição e recompensa e em forma de correção, isto é, de formação e transformação dos indivíduos em função de certas normas" (FOUCAULT, 2002 [1973], p. 103). Para o filósofo, o panoptismo exerce uma tripla função – vigilância, controle e correção –, que parece ser uma dimensão fundamental das relações de poder de nossa sociedade. No panoptismo a vigilância sobre os indivíduos se exerce não no nível do que se faz, mas do que se é e do que se pode fazer.

Para Foucault, a reclusão do século XIX é uma combinação de controle moral e social. Nesse contexto, ele afirma que as instituições deixam de ser de reclusão e

passam a ser de *sequestro*. Enquanto no século XVIII havia uma reclusão cuja função era a exclusão dos ditos “marginais”, no século XIX há um sequestro que tem como objetivo uma inclusão (pois inclui o indivíduo em determinado grupo, ainda que seja um grupo para separá-lo dos demais) e uma normalização. Assim,

[a] fábrica não exclui os indivíduos; liga-os a um aparelho de produção. A escola não exclui os indivíduos; mesmo fechando-os; ela os fixa a um aparelho de transmissão do saber. O hospital psiquiátrico não exclui os indivíduos; liga-os a um aparelho de correção, a um aparelho de normalização dos indivíduos. (FOUCAULT, 2002 [1973], p. 114).

Essas instituições de sequestro têm, principalmente, duas funções. A primeira é a de extrair a totalidade do tempo do indivíduo, e a segunda é a de controlar seu corpo. Trata-se de controlar, de formar, de valorizar, segundo um determinado sistema, o corpo do indivíduo. Portanto, um hospital, psiquiátrico ou não, que tem, a princípio, a função de curar deve se encarregar não só da sua função primeira – curar, cuidar –, mas também da totalidade da existência dos indivíduos. Nesse sentido, o corpo é “[...] o que deve ser formado, reformado, corrigido, o que deve adquirir aptidões, receber um certo número de qualidades, qualificar-se como corpo capaz de trabalhar” (FOUCAULT, 2002 [1973], p. 119). Assim, o sequestro tem como objetivo extrair o tempo dos indivíduos, fazendo com que o tempo de sua vida se transforme em tempo de trabalho – e, por conseguinte, fazendo com que seu corpo se torne força de trabalho. O sequestro tem como objetivo também criar um novo tipo de poder: um poder polimorfo, polivalente. O poder exercido pelas instituições de sequestro é um poder polimorfo porque é um poder, ao mesmo tempo, econômico, político, judiciário e epistemológico. É econômico, pois lucra-se com o trabalho dos internos (em fábricas) ou com os tratamentos feitos pela instituição (como no caso dos hospitais). É político, pois quem dirige essas instituições tem o direito de dar ordens, estabelecer regulamentos, expulsar ou aceitar indivíduos etc. É judiciário, pois nessas instituições se dão ordens, se tomam decisões, se tem o direito de punir e recompensar, e se tem o poder de fazer comparecer diante de instâncias de julgamento. E é epistemológico, pois permite extrair dos indivíduos um saber – inclusive sobre esses mesmos indivíduos, já que estão sempre sendo vigiados e controlados.

Suzi Lagazzi, analista do discurso materialista, nos lembra que, do outro lado da instância jurídica, temos aquele que é o alvo de seus discursos: o sujeito, que agora

é entendido como "sujeito de direito". Lagazzi (1998) situa o surgimento do “sujeito de direito” após mudanças econômicas e mercantis. De acordo com ela, de seu ponto de vista peucheutiano, com as modificações econômicas que ocorreram a partir do século X, houve um enfraquecimento da Igreja dentro do sistema feudal e passou-se de uma economia rural de subsistência para uma economia artesanal e urbana que visava o lucro. Com uma seguinte sedentarização do comércio, mercadores e camponeses começaram a reivindicar seus direitos, o que conduziu à fundamentação do poder jurídico e à conseqüente formação do sujeito de direito. Nos termos da autora, o sujeito de direito é um “[...] sujeito responsável por suas ações, ao qual a história tensa de sua constituição foi atribuindo direitos e deveres” (LAGAZZI, 1998, p. 19).

Para Benayon (2019), a historicidade desses direitos e deveres atribuídos ao sujeito de responsabilidades sofre um apagamento ao longo dos séculos: “[p]or ser apartada de sua historicidade, o imaginário dessa ordem natural dos direitos e deveres legitima-se enquanto funcionamento universal, na forma de um código que se projeta como passível de ser aplicado a diferentes posições em conflito” (BENAYON, 2019, p. 43). Nesse sentido, o linguista coloca a “universalização” produzida pelo apagamento da historicidade como um funcionamento do discurso jurídico. Assim, “[...] a lei é significada como isenta de posição, e, por isso, capaz de ser aplicável universalmente de maneira justa” (BENAYON, 2019, p. 44), isto é, sem que haja distinção entre os sujeitos de direito. Esse funcionamento a-histórico e universalista do discurso jurídico coloca todos como sujeitos de direito e supostamente iguais perante a lei. No entanto, como já vimos, não é possível se falar de uma lei ou norma “isenta” ou “universal” que se aplicaria da mesma maneira a todos, uma vez que “[a] lei, sendo histórica, se constitui a partir de determinadas posições” (BENAYON, 2019, p. 44). Logo, uma vez que não existe sujeito fora da história, Benayon (2019) entende que, nessa tentativa de igualar diferentes posições, o funcionamento jurídico implica o silenciamento de sentidos produzidos a partir de uma posição em detrimento de outras e esse silenciamento cria o efeito de que o sujeito de direito pertence ao universal. Dessa forma, o sujeito estaria implicado em um sentido de “autonomia”:

[a] instituição jurídica constitui um imaginário de sujeito autônomo, de direitos e deveres universais, habitante de uma sociedade des-historicizada, submetido a um código natural. Esse funcionamento

legítima o apagamento de determinadas posições de sujeito, de suas práticas e de seus sentidos perante a lei (BENAYON, 2019, p. 50)

Esse suposto "código natural" sugere a ideia de uma ordem legal que é entendida como inerente à natureza humana e independente de qualquer contexto social ou histórico específico. Ademais, ao promover a ideia de um sujeito autônomo e universal, o sistema jurídico acaba ignorando as diferenças e as desigualdades sociais que moldam as experiências de diferentes grupos na sociedade. Esse apagamento das diferenças pode levar à marginalização ou negação das perspectivas e experiências de certos grupos. Essa representação do sujeito como autônomo e desligado de sua história social tem, pelo menos, dois lados: por um lado, legitima a visão de que todos os indivíduos são iguais perante a lei, independentemente de sua posição social, histórico ou cultural; mas, por outro, apaga as diferenças sociais, culturais e históricas que influenciam a forma como as leis são aplicadas por diferentes grupos de pessoas. Nesse sentido, o sujeito de direito está entre o universal e a autonomia particular.

A partir disso, podemos concluir que a instituição jurídica perpetua um imaginário de que seu discurso é natural, independente de embates sociais, históricos. O efeito de universalidade do discurso jurídico uniformiza os sujeitos em uma suposta igualdade neutra. Entender esse funcionamento do discurso jurídico foi fundamental para nossas análises de discursos contemporâneos sobre a loucura.

Com base no que foi discutido, podemos perceber a ligação direta entre poder, verdade (ou melhor, produção de verdade) e instituições jurídicas. E esse é um dos motivos que nos levaram a escolher o discurso jurídico como *corpus* de análise. Os outros motivos que delimitaram o nosso arquivo estão descritos na seção seguinte.

2.4. NOSSO ARQUIVO

O arquivo em Foucault não deve ser entendido como um depósito de textos e informações que a humanidade pode guardar, mas como um sistema de enunciados que reflete o conjunto de práticas discursivas de uma época. O arquivo "[...] faz aparecerem as regras de uma prática que permite aos enunciados subsistirem e, ao mesmo tempo, se modificarem regularmente. É o sistema geral da formação e da transformação dos enunciados." (FOUCAULT, 2008 [1969], p. 147). O arquivo é o sistema que rege o aparecimento dos enunciados como acontecimentos singulares.

Por ser um sistema de aparecimento de enunciados, o arquivo não é algo fechado e estático. Ele está em constante mutação.

Como já foi antecipado na Introdução, o arquivo desta pesquisa sofreu diversas alterações até chegar na forma em que se encontra agora. Como já dissemos, por mais que, em Foucault, a ideia de arquivo seja aberta, para realizar esta dissertação foi necessário fazer um recorte tanto em relação ao espaço temporal quanto em relação ao campo discursivo a ser analisado. Assim, reiteramos, após passar por diversas transformações, nosso arquivo para este estudo se limitou ao discurso jurídico do período da Contrarreforma Psiquiátrica brasileira. Passaremos a justificar como e por que esse foi o recorte escolhido para a presente pesquisa.

Quanto ao recorte de campo discursivo, ele se deu em duas etapas. Num primeiro momento, conforme já afirmamos, levando em conta a ideia de “arquivo aberto” de Foucault e a fim de ter uma ampla noção dos discursos em circulação, estávamos reunindo discursos de distintas fontes: publicações em redes sociais, vídeos, reportagens e leis, decretos e portarias. Sendo necessário um recorte mais preciso, um caminho possível era focar nos discursos jurídicos. Mostraremos agora que essa escolha não foi aleatória. Primeiramente, como analisado, a instância jurídica tem uma interessante relação com o poder e a criação de verdades que nos interessa sobremaneira nesta pesquisa. Além disso, como também já foi explanado, há uma relação bastante antiga entre a loucura e o discurso jurídico. Em *História da loucura*, Foucault mostra que essa relação existe desde a fundação do Hospital Geral. De acordo com o filósofo, na Era Clássica, período em que começa uma internação massiva de pessoas consideradas loucas, o hospital ainda não era um estabelecimento médico, mas uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que decidia, julgava e executava leis. Segundo Foucault, o Hospital Geral atuava como um poder que o rei estabelecia entre a polícia e a justiça. Além disso, o hospital funcionava como uma instância da ordem monárquica e burguesa. Amarante (2021) corrobora a ideia quando afirma que todo manicômio já é, em si, uma instituição semijurídica. Isso porque quando uma pessoa é internada involuntariamente, compulsoriamente, ela perde o direito básico de cidadania, ela perde o direito de ir e vir, de escolher o próprio tratamento ou até mesmo de escolher o profissional que fará o seu atendimento. Assim, o indivíduo perde o direito como cidadão, o que torna o manicômio uma instituição antidemocrática. Amarante (2021)

conclui que todo o manicômio é uma instituição de opressão, de repressão, de perda de direitos. Percebe-se, então, que há uma clara relação entre a loucura e o discurso jurídico, tendo, inclusive, o hospital como local onde essa “justiça” era e ainda é exercida.

Com a criação do hospital e o internamento dos loucos, surgem os primeiros estudos sobre a loucura. O primeiro foi o Alienismo⁴, cuja teoria entendia o louco como um alienado despossuído de razão. Nessa perspectiva, por não possuir razão, o alienado era visto como alguém incapaz de distinguir o certo do errado e, portanto, era entendido como um perigo para a sociedade. Uma vez que era *perigoso*, passasse a justificar o isolamento do louco frente à sociedade, já que ele poderia ser um risco para os outros. Quando essa relação entre loucura e periculosidade cresce, intensifica-se também a relação do louco com o discurso jurídico. Isso porque começam a existir mais leis que criminalizam e segregam a loucura. O isolamento é justificado por uma questão médica e por uma ordem jurídica. Para Amarante (1998), a caracterização do louco, enquanto personagem representante de risco e periculosidade social, inaugura tanto a institucionalização da loucura pela medicina quanto a ordenação do espaço hospitalar.

Já no contexto brasileiro, uma relação mais forte entre loucura e discurso jurídico foi estabelecida com o Código Criminal de 1830. Cunha (2013) afirma que, no que diz respeito à responsabilidade criminal, “[a]pós a promulgação do Código Penal de 1890 há uma abertura legal para que a ciência médica intervenha em casos que envolvem loucura. É desta época o registro do início da inserção médica no ordenamento jurídico” (p. 22). Nesse momento há, no Brasil, uma estreita relação entre as instâncias médica e jurídica, na qual uma intervém na outra.

Para Lasevicius, uma estudiosa da relação entre crime e loucura no Brasil,

[a] interlocução justiça e psiquiatria ou sistema prisional e saúde mental ainda reproduz diversas violações considerando especialmente o contexto desses sujeitos em sofrimento psíquico, pois há a intensificação desse cenário e não se busca necessariamente o cuidado em liberdade ou a efetivação dessas políticas na prática, ainda que ocorram perspectivas exitosas (2021, p. 312).

⁴ Falamos novamente sobre o Alienismo quando explicamos algumas teorias e discursos que surgiram ao longo dos anos sobre o louco e a loucura. Neste momento, usamos o Alienismo só para mostrar mais uma relação entre loucura e discurso jurídico.

Dessa forma, é possível perceber que a loucura e o discurso jurídico estão relacionados principalmente quando nos referimos ao “louco infrator”, “criminoso” ou “perigoso”. De fato, os dispositivos legais que legislavam sobre o louco eram, em grande parte, da instância criminal. No caso da presente pesquisa, não buscamos relacionar loucura e crime, ou analisar o que se fala sobre o “louco infrator”; em vez disso, queremos ver qual é o discurso sobre o louco no discurso jurídico atual, seja em relação a políticas públicas, tratamentos pelo SUS, e outros. Dessa forma, não nos interessa exclusivamente o discurso sobre criminalidade, mas sim uma visão mais geral do que se legisla sobre a loucura. Desse modo, observamos o discurso jurídico que está relacionado com a medicina e com a saúde mental, e não apenas com o código penal. Utilizamos a relação entre crime e loucura apenas para demonstrar e exemplificar como, desde há muito, a loucura já estava presente no discurso jurídico.

Quanto ao recorte temporal, escolhemos o período da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira por dois motivos: (1) é o período mais atual dos discursos sobre a loucura, posto que acontecia enquanto esta pesquisa estava sendo realizada; e (2) é um período marcado por uma clara descontinuidade discursiva, em que aparecem em tons fortes distintas formações discursivas. Antes da Contrarreforma Psiquiátrica, havia uma grande regularidade de discursos que pediam a progressiva extinção dos manicômios e o cuidado em liberdade para pessoas em sofrimento psíquico. Esses discursos eram pautados pela Reforma Psiquiátrica e pela Luta Antimanicomial. No entanto, a partir de 2015, começaram a surgir diversos enunciados – principalmente jurídicos – que iam contra os discursos antimanicomiais que estavam circulando. Aparecem discursos, por exemplo, que pedem a volta dos manicômios ou que põem em pauta o eletrochoque como forma eficaz de tratamento. Com isso, esse período está marcado por uma intensa luta discursiva, da qual falamos melhor no capítulo de análise propriamente dita de nosso arquivo.

Em suma, esses foram os pontos que fizeram com que chegássemos ao arquivo que servirá como base para a nossa análise discursiva foucaultiana. Conforme já ressaltamos, são sequências discursivas retiradas de dispositivos legais que legislam sobre a loucura no período da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira.

Dessa forma, após delimitar o campo discursivo e momento em que nossa pesquisa se concentraria, passamos por dois recortes para chegar no arquivo final. No primeiro nosso arquivo era composto, como já mencionamos, de distintos tipos de

discursos, incluía, por exemplo, o discurso presente nas redes sociais. Com o primeiro recorte, nos concentramos no discurso jurídico, no entanto, esse arquivo ainda era extenso demais. Onze textos jurídicos compunham o nosso arquivo⁵. A partir do segundo recorte, ficamos com quatro textos, sendo eles: Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, Portaria nº 3.449, de 25 de outubro de 2018 (no entanto, nesse momento, o que mais os interessa é o discurso das Comunidades Terapêuticas, que por meio dessa portaria, passam a fazer parte do SUS), Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS e Lei nº 11.134, de 01 de março de 2024⁶. Note que o último desses textos é de 2024, isto é, quando já estávamos na reta final da pesquisa. Ao ler e analisar brevemente esse novo texto, achamos que seria interessante incluí-lo para evidenciar como a pesquisa é atual e como é um tema que está em emergência. Esses textos foram selecionados, dentre os outros, pois não seria possível analisar todos e percebemos que nos que selecionamos já havia um acúmulo de enunciados interessantes, tanto ao nomear o louco quanto em relação ao seu tratamento. Com isso, essa foi a composição final do nosso arquivo.

⁵ Portaria Nº 3.588, de 21 de Dezembro de 2017; Resolução Nº 32, de 14 de dezembro de 2017; Portaria Nº 3.449, de 25 de Outubro de 2018; Código De Ética – FEBRACT (2018); Portaria GM/MS Nº 2434 de 15 de agosto de 2018; Portaria Nº 3.659, de 14 de Novembro de 2018; Lei Nº 13.840, de 5 de Junho de 2019; Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS; Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo, Conitec de 2022; Projeto de Lei N.º 19044/2024; Lei N. 11.134, de 01 de Março de 2024;

⁶ Os textos jurídicos analisados podem ser encontrados nos seguintes links: Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html); Portaria nº 3.449, de 25 de outubro de 2018 (<http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3-449-de-25-de-outubro-de-2018-48228176>); Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS (<https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>); Lei nº 11.134, de 01 de março de 2024 (https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/diario/pdf/05_03_2024_0.16.49.8c91720950b28a83d99efeb993d541b6.pdf). Além disso, o texto sobre os princípios das Comunidades Terapêuticas se encontra disponível no seguinte link: <https://febract.org.br/portal/codigo-de-etica/>. As referências completas podem ser encontradas ao final do trabalho.

3. DISCURSOS SOBRE A LOUCURA NO BRASIL

No presente capítulo, contextualizamos historicamente os discursos sobre a loucura produzidos no Brasil no período da Contrarreforma Psiquiátrica. Para tanto, dividimos o capítulo em três partes. Na primeira, fizemos uma breve genealogia dos discursos produzidos durante a Idade Média, Renascença e Classicismo. Para isso, tomamos como base o que Foucault nos mostra em *História da Loucura*. Já na segunda parte, com o objetivo de historicizar os discursos sobre a loucura no Brasil, analisamos como eram os hospitais psiquiátricos brasileiros, tomando como exemplo dois deles, o Colônia Sant’Ana e o Colônia Barbacena. Essa explicação se justifica na medida em que, para falarmos da Reforma Psiquiátrica, precisamos mostrar, antes, o que era necessário “reformatar”. Em outros termos: para entendermos as modificações pelas quais o hospital psiquiátrico passou e quais eram as exigências da Reforma Psiquiátrica, precisamos, primeiro, entender como eram os manicômios brasileiros e o que acontecia entre seus muros. Após evidenciar como se constituíam esses hospitais, mostramos, na terceira parte, os discursos da Reforma Psiquiátrica, que vieram para tentar, como diz sua própria nomeação, *reformatar* e melhorar a maneira como os pacientes eram tratados dentro desses hospícios. Ainda nessa seção, falamos da Luta Antimanicomial, que, diferentemente da Reforma Psiquiátrica, não pede apenas uma reestruturação do modelo hospitalar, mas o fim mesmo dos manicômios.

3.1. PANORAMA DOS DISCURSOS SOBRE A LOUCURA

Nesta seção, fizemos uma breve genealogia dos discursos sobre a loucura. Tentamos mostrar, pois, como os discursos sobre quem é o louco foram se modificando de acordo com os saberes e poderes de cada momento histórico. Utilizamos, para tanto, principalmente o livro *História da Loucura* (2019 [1961]), de Michel Foucault, *Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (2013), de Paulo Amarante, e *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada* (2012), de Sandra Caponi. Ressaltamos que a maioria dos discursos trazidos nesta seção vem da Europa (principalmente por ter Foucault como principal fonte). Ao mesmo tempo, sua presença aqui tem lugar uma vez que os enunciados europeus influenciaram sobremaneira os posteriores discursos brasileiros. Portanto, a esta primeira parte ficou

reservada a tarefa de cumprir um panorama geral, enquanto os discursos brasileiros em específico foram apresentados nas próximas seções.

Em *História da Loucura*, Foucault mostra algumas transformações que ocorreram ao longo dos anos nos discursos sobre o louco e divide essas mudanças em três períodos: Idade Média, Renascença e Era Clássica. De acordo com Safatle (2019) no prefácio da obra, Foucault tem como objetivo “[...] expor o lento processo de transformação da loucura em ‘doença mental’, em objeto de um saber psiquiátrico e psicológico, produzindo, com isso, as condições de possibilidade para o advento das positivities das ciências clínicas do ‘mental’” (SAFATLE, 2019, p. XI). Em outras palavras, Foucault percorre um caminho discursivo que mostra desde a noção de “louco” como aquele que é “detentor da verdade”, até discursos mais recentes, quando a loucura ganha sentido de “doença mental”. Quanto a isso, Gregolin afirma que “Foucault pretende escrever a história da loucura antes de sua apreensão pelo saber (isto é: como nossa cultura chegou a dar à doença o sentido de marginalidade?)” (GREGOLIN, 2006, p. 69).

Foucault inicia a história dos loucos a partir da alta Idade Média; nesse contexto, essa história começa com um outro personagem: o leproso. A partir da alta Idade Média até o final das Cruzadas, os leprosários haviam se multiplicado por toda a superfície da Europa. Mas, quando a lepra desaparece do mundo ocidental, os leprosários passam a ser povoados por incuráveis e loucos. Assim, “[a] lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa” (FOUCAULT, 2019 [1961], p. 5). Ou seja, a lepra começou a ser controlada e a desaparecer, mas os lugares e os rituais que a envolviam não perderam a sua função de preservar uma distância tanto física quanto simbólica entre a doença e o restante da sociedade. Eles continuaram, mas agora com outro tipo de “doente”.

O lugar de abandono e exclusão deixado pelo leproso é assumido por novos personagens: “[p]obres, vagabundos, presidiários e ‘cabeças alienadas’ assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem.” (FOUCAULT, 2019 [1961], p. 6). Dessa forma, a loucura é considerada a herança da lepra. Contudo, será preciso um longo período, quase dois séculos, “[...] para que esse novo espantalho, que sucede à lepra

nos medos seculares, suscite como ela reações de divisão, de exclusão, de purificação que no entanto lhe são aparentadas de uma maneira bem evidente” (FOUCAULT, 2019 [1961], p. 8).

Ainda na Idade Média, o personagem do Louco, do Simplório ou do Bobo assume cada vez maior importância nas farsas e nas sotias. Ele deixa de ser apenas uma “silhueta ridícula e familiar” e toma lugar no centro do teatro, como o detentor da verdade:

Se a loucura conduz todos a um estado de cegueira em que todos se perdem, o Louco, pelo contrário, lembra a cada um sua verdade; na comédia em que todos enganam os outros e iludem a si próprios, ele é a comédia em segundo grau, o engano do engano. (FOUCAULT, 2019 [1961], p. 14).

Foucault mostra que, também na literatura erudita, a loucura está presente como âmago da razão e da verdade. Com isso, ele afirma que a loucura também tem seus jogos acadêmicos:

[...] ela é objeto de discursos, ela mesma sustenta discursos sobre si mesma; é denunciada, ela se defende, reivindica para si mesma o estar mais próxima da felicidade e da verdade que a razão, o estar mais próxima da razão que a própria razão” (FOUCAULT, 2019 [1961], p. 14).

Dessa forma, o louco assume mais de um papel nesse período, pois ele é tanto a herança da lepra, que suscita medo, desconhecimento e exclusão, quanto o revelador da verdade (FOUCAULT, 2019 [1961], p. 17).

Já na Renascença, a loucura está relacionada com o “segredo”, com algo “místico” – a loucura é o *desconhecido*. Também nessa época o louco é retratado em diversas obras, tanto na literatura, quanto nas artes plásticas. A loucura aparece em muitas personagens de obras literárias importantes, como Dom Quixote, de Cervantes, Philautia, de Erasmo, Lady Macbeth, de Shakespeare, e Ofélia, do mesmo autor, mas agora na peça *Hamlet*.

O louco fascina o homem, o que faz com que Foucault questione: “[q]ual é, portanto, esse poder de fascínio que, nessa época, se exerce através das imagens da loucura?” (FOUCAULT, 2019 [1961], p. 20). Foucault mostra que esse fascínio se deve por essa ideia de que a loucura tivesse um segredo escondido: tratar-se-ia de

um saber que o homem racional não possui. “Esse saber, tão inacessível e temível, o Louco o detém em sua parvoíce inocente. [...] o homem racional e sábio só percebe desse saber algumas figuras fragmentárias” (FOUCAULT, 2019 [1961], p. 21). Por esse saber ser oculto, considera-se que ele prediz, ao mesmo tempo, o reino de Satã e o fim do mundo, segundo Foucault.

Por outro lado, nesse mesmo período, a loucura também é vista como uma superfície brilhante, na qual não há enigmas ocultos. Ela reina sobre tudo o que há de mau no homem. Agora “[...] a loucura atrai, mas não fascina” (FOUCAULT, 2019 [1961], p. 23). Nesse sentido, a loucura é considerada o castigo de uma ciência desregrada e inútil. A loucura é, portanto, “[...] a punição cômica do saber e de sua presunção ignorante” (FOUCAULT, 2019 [1961], p. 24).

Note-se que mesmo que opostas, as duas visões apresentadas estão presentes na mesma época. Daí entendermos como Foucault se rebelava à ideia de um “espírito de época”, como se houvesse alguma uniformidade, homogeneidade de saberes e opiniões entre os homens. Assim, também o período da Renascença é marcado pela divisão, sobretudo entre razão e religião, o que reflete diretamente na concepção do que é a loucura, pois o louco será visto por essas duas óticas divergentes. Sob o ponto de vista da razão, a loucura era, então, uma razão outra, e, à vista da religião, a loucura era um saber místico e satânico. Assim, pode-se perceber “[...] o esquema da oposição entre uma experiência cósmica da loucura na proximidade dessas formas fascinantes e uma experiência crítica dessa mesma loucura, na distância intransponível da ironia” (FOUCAULT, 2019 [1961], p. 26). No entanto, uma das concepções de loucura foi ganhando mais espaço, enquanto a outra foi perdendo: a concepção de loucura ligada à razão foi tomando o espaço da concepção ligada à religião. Mas isso não significa uma derrota total da experiência cósmica. Com o crescimento da reflexão crítica, a loucura torna-se uma forma relativa à razão – uma das próprias formas da razão.

Em seguida, Foucault entra no que ele chama de “Era Clássica”. Esse período será denominado também pelo filósofo como “Grande Internação”. Isso porque todas as imagens e concepções do louco são substituídas pela ideia – e prática – de que este deve ser internado. Nas palavras de Foucault: “[n]ão existe mais a barca, porém o hospital.” (FOUCAULT, 2019 [1961], p. 43).

No período anterior – ou seja, na Renascença –, vimos que a loucura estava presente em obras literárias e em pinturas, o que evidencia que se falava muito da loucura. Agora, no Classicismo, Foucault mostra como ela é silenciada: “[a] loucura, cujas vozes a Renascença acaba de libertar, cuja violência, porém, ela já dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica por meio de um choque inesperado e violento” (FOUCAULT, 2019 [1961], p. 45). Isso porque, naquele momento, resta ao louco o aprisionamento. Não se vai mais pintar o louco, nem escrever sobre ele – vai-se prendê-lo. A partir da metade do século XVII, criam-se várias casas de internamento, e muitas pessoas começam a ser internadas, a ponto de o internamento se tornar uma prática bastante comum. Foucault nos informa o número impressionante de mais de 1 a cada 100 habitantes de Paris ter sido internado durante esse período.

Assim, a partir da metade do século XVII, a internação passa a ser entendida como normal e natural: “[...] a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural” (FOUCAULT, 2019 [1961], p. 49). Em 1656 acontece a fundação do Hospital Geral, em Paris, que foi uma espécie de reforma que reorganizou e agrupou diversos locais já existentes. Esses locais eram destinados aos pobres, e neles havia pessoas “[...] de todos os sexos, lugares e idades, de qualquer qualidade de nascimento, [...] seja qual [fosse] sua condição, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis” (FOUCAULT, 2019 [1961], p. 49). Essas casas de internamento não tinham como objetivo “curar” os loucos. Sequer havia um médico que permanecesse no hospital – muitas vezes os médicos visitavam o Hospital Geral apenas duas vezes por semana. Era um lugar para alojar tanto aqueles que iam por livre e espontânea vontade, quanto os que eram encaminhados pela autoridade real ou judiciária. Assim, “[...] o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão” (FOUCAULT, 2019 [1961], p. 50).

Com uma gestão principalmente burguesa, o Hospital Geral ganha força e se multiplica cada vez mais por toda a França. Como mencionado, a princípio o hospital não era uma instituição médica: na Era Clássica, ele era uma “[...] instância da ordem, da ordem monárquica e burguesa” (FOUCAULT, 2019 [1961], p. 50). Isso porque, nesse período, a burguesia estava em ascensão na Europa, e, por isso, era ela quem geria os hospitais, juntamente com a igreja. A burguesia tinha como objetivo

“organizar” a cidade; já a igreja tinha o imperativo de assistir os pobres. Com isso, ao ficarem a cargo da igreja e da burguesia, nessas instituições misturavam-se “[...] os velhos privilégios da Igreja na assistência aos pobres e nos ritos da hospitalidade, e a preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir” (FOUCAULT, 2019 [1961], p. 53). O internamento estava, assim, associado a uma ideia de “limpeza” das ruas, pois, para organizar a cidade, a burguesia precisava tirar do espaço público aqueles pobres e miseráveis que lá se encontravam. Porém, ao mesmo tempo, o internamento também estava relacionado a uma ideia de “auxílio” que a igreja prestava aos pobres.

Nesses hospitais, destinados primeiramente aos pobres e desabrigados, havia também pessoas pelas quais o rei ou a família pagavam uma pensão para que fossem mantidas lá, qualquer que fosse o motivo. Assim, o aprisionamento dentro desses hospitais não era um gesto simples: “[...] ele tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais. E que dizem respeito provavelmente a certas estruturas essenciais do mundo clássico em seu conjunto.” (FOUCAULT, 2019 [1961], p. 53).

Muitas vezes essas casas de internamento eram estabelecidas nos lugares onde antes funcionavam os antigos leprosários. Ao ocupar esses espaços, os loucos e miseráveis assumiram o vazio deixado pelos leprosos. “O classicismo inventou o internamento um pouco como a Idade Média, a segregação dos leprosos.” (FOUCAULT, 2019 [1961], p. 53). Os hospitais e as casas de internamento começaram a se espalhar por toda a Europa, e passaram a ser um fato da era clássica:

Os grandes hospícios, as casas de internamento, obras de religião e de ordem pública, de auxílio e punição, caridade e previdência governamental são um fato da era clássica: tão universais quanto ela e quase contemporâneos de seu nascimento. (FOUCAULT, 2019 [1961], p. 53).

Nesse período, a lógica da produtividade estava crescendo, e a preguiça passou a ser vista como um pecado – e, em seguida, como um crime. Mendigar na rua era motivo para internação. Além disso, no século XVII, a Europa vive uma crise, e o internamento é uma das respostas a ela. O ocioso, que está sem emprego porque

foi afetado pela crise, é internado e tem o direito de ser alimentado; no entanto, deve aceitar a coação física e moral do internamento. Assim, o internamento era uma forma de tirar os mendigos das ruas, pois eles eram o reflexo da crise pela qual vários países passavam. Então, eles eram isolados por serem ociosos, por *desorganizar* a cidade e, também, por serem o espelho da crise. Presos nos hospícios, pobres, loucos e ociosos são colocados para trabalhar, de modo que possam arcar com seus próprios custos e gerar mão de obra barata para o hospital, que lucra com eles. Para Gregolin,

[e]ssa mudança de status da loucura relaciona-se com a história ideológica: enquanto o mundo ocidental foi dominado pela religião católica, a loucura foi associada ao demoníaco; com a Reforma (ligada ao nascimento do capitalismo) o louco passa a ser aprisionado, pois iniciou-se o império da Razão. O movimento de encarceramento dos loucos, dos vagabundos, dos doentes, por serem considerados ociosos, mostra o nascimento da ideologia da produtividade. (GREGOLIN, 2006, p. 69)

Como bem coloca Gregolin, a loucura está então associada à produtividade: o louco é aquele incapaz de produzir e, portanto, deve ser internado e obrigado a trabalhar. Como nesse período há um grande número de internações, o hospital passa a ser um lugar de observação e produção de saber. Assim, é possível observar e estudar a loucura como uma espécie de grande observatório dos loucos. Nesse momento, começam a surgir as primeiras teorias médicas sobre a loucura como uma doença. Duas das maiores teorias foram o Alienismo e a Teoria da Degeneração.

O Alienismo é a ciência pioneira no estudo do que conhecemos como “transtornos mentais”. Um personagem emblemático dessa corrente é Philippe Pinel, conhecido por seus estudos médicos nessa seara. Pinel lançou as bases da “síntese alienista”, elaborou uma primeira classificação das enfermidades mentais, consolidou o conceito de “alienação mental” e a profissão de alienista. Pinel fundou os primeiros hospitais psiquiátricos, estabeleceu o princípio do isolamento para os alienados e instaurou o primeiro modelo de terapêutica: o tratamento moral (AMARANTE, 2013). De acordo com Castel (1978), o Alienismo pineliano tinha como foco a classificação do espaço institucional, o arranjo nosográfico das doenças mentais, a imposição de uma relação específica de poder entre médico e doente, e o “tratamento moral”, do qual falamos mais detalhadamente ainda neste subcapítulo. O Alienismo surge com

[...] a incumbência de tratar da população de loucos já encerrada dentro dos hospitais gerais das cidades europeias, herança sem dono e rosto, sem esperança da multidão de doentes, pobres, mendigos, órfãos, menores infratores, idosos, libertinos, hereges, prostitutas, venéreos, sarnentos, bêbados, pensionistas pagantes, nobres dissipadores, criminosos comuns, presos políticos, inimigos da monarquia [...]. (TEIXEIRA, 2019, p. 543-544)

Essas pessoas a serem tratadas eram as que haviam sido internadas pela “grande internação” no começo da era clássica. Assim, o Alienismo fixa sua base prometendo curar os alienados mentais por meio de um tratamento médico.

Com a consolidação do hospital como lugar de tratamento, foi possível ao médico observar as doenças de uma forma diferente, no dia a dia, em seu curso de evolução. Com isso, “[...] produziu-se um saber sobre as doenças que, informado pelo modelo epistemológico das ciências naturais, ainda não havia sido possível construir” (AMARANTE, 2013, p. 22). Isso quer dizer que, ao agrupar pessoas doentes, o médico pôde observar de perto o curso da doença, o que levou à produção de um saber sobre as doenças que ainda não havia sido construído. O hospital tornou-se lugar de cura, observação e produção do saber médico. No entanto, vale ressaltar que esse saber se referia a uma doença institucionalizada, uma doença transformada pela própria intervenção médica.

Com a transformação do médico em detentor do poder hospitalar, Pinel reorganizou o espaço institucional dos hospitais em que atuava e aplicou suas ideias acerca do tratamento para os alienados. Ao longo desse processo, o manicômio surgiu do hospital geral reformado (TEIXEIRA, 2019, p. 548). Uma das grandes teorias de Pinel era que os alienados deveriam ser submetidos a um tratamento asilar, ou seja, deveriam ficar completamente isolados. No entanto, para o alienista, isso não significava a perda da liberdade, já que, na sua concepção, o tratamento feito a partir desse isolamento poderia restituir ao homem a liberdade que fora subtraída pela alienação (AMARANTE, 2013, p. 29). Isto é, por meio do isolamento que o aprisionava, o indivíduo poderia recuperar a liberdade. O louco era aprisionado para que recuperasse a razão e pudesse viver em liberdade quando tivesse sido curado.

Assim, o Alienismo pineliano era baseado no tratamento moral e tinha como princípio terapêutico o “isolamento do mundo exterior” – segundo Amarante (2013), trata-se de uma visão não totalmente superada na prática psiquiátrica contemporânea.

Essa ideia do isolamento como parte do tratamento surge porque acreditava-se que as causas da alienação mental estavam no meio social, portanto, isolar o alienado desse meio faria com que ele fosse afastado do que causaria a alienação. Para Pinel, o hospital ordenado constitui o próprio instrumento de tratamento. E, com a ordenação do caos do hospital, é possível instituir um saber, uma prática eficaz e uma redução dos focos de epidemias morais (CASTEL, 1978).

O alienado era aquele que não era capaz de distinguir o real do irreal; aquele que estava fora da realidade e, portanto, não tinha controle de suas ações. De acordo com Cunha (1986), Pinel definiu a loucura “[...] pelas condições de inteligibilidade do paciente, remetendo-o diretamente à esfera da 'razão'” (CUNHA, 1986, p. 110). Por estar “fora de si”, o alienado era considerado um *perigo* para a sociedade, pois não era racional e não sabia distinguir o certo do errado. A partir dessa ideia do que era o alienado, como comentado anteriormente, “[...] o conceito de alienação mental nasce associado à ideia de ‘periculosidade’” (AMARANTE, 2013, p. 27). O alienado era um perigo tanto para si, quanto para a sociedade. Essa associação entre alienação mental e periculosidade contribuiu para um crescente medo e discriminação por parte da sociedade para com aqueles identificados como tais.

O isolamento do alienado feito pela hospitalização integral justificava-se, naquela época, por diversos motivos. Era necessário para o tratamento do alienado, pois o afastava das interferências que poderiam ser prejudiciais tanto para uma observação apurada e para a conclusão de um diagnóstico, quanto para o tratamento moral que exigia ordem e disciplina, o que seria difícil na vida em sociedade. O isolamento possibilitava, também, isolar a alienação em seu “estado puro”, isto é, livre de qualquer interferência do mundo externo. Nesse sentido, o hospital torna-se um local de produção do conhecimento no campo do Alienismo, pois permitia que o alienista pudesse estudar a alienação em seu “curso natural”: “[...] o hospital pineliano, agora transformado em instituição médica, se tornava o próprio laboratório onde as pessoas seriam observadas e estudadas, seus comportamentos descritos, comparados, analisados e classificados” (AMARANTE, 2013, p. 28). Além disso, o próprio hospital, enquanto instituição disciplinar, era considerado uma instituição terapêutica, uma vez que, para Pinel, era necessário isolar o alienado de seu seio familiar e confiá-lo a terceiros. Afinal, somente o hospital poderia oferecer ao alienado um tratamento adequado (AMARANTE, 2013). Por fim – e não menos importante –,

podemos citar a questão recorrente, que voltou a ser mencionada no parágrafo anterior: a visão do alienado como perigoso. Ao isolar o alienado, garantia-se a segurança dele mesmo, mas, principalmente, da população que estava próxima a ele. Confinado em um hospital, ele não ofereceria nenhum perigo à sociedade. Concluiu-se, assim, como afirmado por Castel (1978), que o sequestro é a primeira condição de qualquer terapêutica da loucura. Nesse sentido, o Alienismo foi uma reedição, com outros signos, das antigas práticas de exclusão social da loucura (CUNHA, 1986).

Outro ponto importante quando nos referimos ao Alienismo é a compreensão do que foi o tratamento moral. Segundo Amarante (2013, p. 29), “[o] tratamento moral consistia na soma de princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade”. Por causa do tratamento moral, o hospital era considerado, ele próprio, terapêutico. Afinal, acreditava-se que, ao submeter o alienado, que tinha pensamentos confusos e desorganizados, a um ambiente disciplinarizado, com regras e ordem, este teria uma melhora em seu quadro, pois, dessa forma, o hospital reeducaria seus comportamentos e sua mente desregrados.

Uma das estratégias mais usadas no tratamento moral era o “trabalho terapêutico”. Nessa época, o capitalismo estava ensaiando os seus primeiros passos e, por isso, o trabalho era vendido como algo necessário para o homem e como “[...] um meio de reeducação das mentes desregradas e das paixões incontroláveis” (AMARANTE, 2013, p. 30). Nesse sentido, os alienados eram colocados para trabalhar com a justificativa de que, por meio do trabalho, ficariam disciplinados e conseguiriam reorganizar seus pensamentos e suas mentes desorganizados.

Pinel, quando começou a atuar nos hospitais, ficou conhecido por libertar os loucos das correntes que os mantinham presos, o que foi chamado de “o gesto de Pinel”. Tal nomeação pode dar uma falsa impressão de que ele teria dado liberdade aos loucos. No entanto, o que aconteceu foi uma mudança na natureza da institucionalização:

Na medida em que o hospital deixou de ser o espaço da filantropia e da assistência social para se tornar uma instituição de tratamento médico de alienados, desacorrentados, porém, institucionalizados, os loucos permaneceram enclausurados não mais por caridade ou repressão, mas por um imperativo terapêutico. (AMARANTE, 2013, p. 31).

Então, os loucos não estavam mais acorrentados, mas também não estavam livres. Continuavam presos nessas instituições, ainda que sem correntes. E agora a prisão se justificava pelo “tratamento” que os loucos deveriam receber. Quanto a isso, Foucault corrobora dizendo que “[é] entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá – não nos esqueçamos – que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por tê-los ‘libertado’” (FOUCAULT, 2019 [1961], p. 48). Ainda nessa linha, Castel (1978) afirma que, na verdade, o ato fundador de Pinel não foi retirar as correntes dos alienados, como muitos afirmam, mas sim o ordenamento do espaço hospitalar.

Guiado pela Revolução Francesa e pelo seu lema de “Igualdade, Liberdade e Fraternidade”, Pinel se colocava como aquele que havia libertado os loucos das amarras, mas não podia libertá-los dos muros dos hospitais por motivos terapêuticos. Ademais, não podiam ser soltos por não possuírem completa razão – e por serem, portanto, perigosos. E, ainda, não eram soltos porque não podiam ser considerados cidadãos, já que cidadão era aquele que possuía razão:

[s]e o alienado era considerado um despossuído da Razão plena – e a Razão seria a condição elementar para definir a natureza humana e diferenciá-la das demais espécies vivas na natureza –, existiria, na origem, um impedimento para que o alienado fosse admitido um cidadão. (AMARANTE, 2013, p. 31).

O conflito entre os ideais libertários da Revolução Francesa e o isolamento e o tratamento terapêutico preconizados por Pinel ficou cada vez mais evidente, e as críticas e os questionamentos sobre essa forma de tratamento começaram a ser levantadas.

Caponi (2012) nos ensina que, na segunda metade do século XIX, começou a se articular uma nova forma de entender as doenças mentais. Elas deixaram de se relacionar apenas a delírios, alucinações, atos violentos e paixões irrefreáveis – o que era, até então, a preocupação dos alienistas e psiquiatras. Essa nova concepção possibilitou classificar um conjunto cada vez maior de comportamentos cotidianos como patologias psíquicas que necessitavam de intervenção médica. Com isso,

[e]merge um novo campo de saber possibilitando que fatos simples, como a tristeza profunda, a sexualidade da infância, o alcoolismo e os mais diversos desvios de comportamento passem a ser, pouco a pouco, objeto de discursos e de práticas médicas. (CAPONI, 2012, p. 19)

Nesse novo cenário, surge a segunda teorização a que nos referimos acima, além do Alienismo: a Teoria da Degeneração. Aqui as formas de classificar e tratar as patologias mentais se diferenciavam bastante daquelas propostas por Pinel. De acordo com Caponi (2012), no final do século XIX estudiosos afirmavam que as teorias de Pinel referentes ao “tratamento moral” pareciam ineficientes, já que havia um rápido e contínuo aumento de doentes mentais que necessitavam de cuidado institucional. A partir disso, viram-se necessárias novas teorias que dessem conta de compreender as doenças mentais e de tratá-las de forma eficaz.

De acordo com essa teoria, certas características hereditárias e predisposições genéticas estavam associadas à presença de problemas mentais, comportamentais e físicos. Acreditava-se, portanto, que a degeneração podia ser transmitida geneticamente, levando a alterações patológicas nas futuras gerações. Para Kraepelin, um dos precursores dessa teoria, algumas coisas como álcool e drogas poderiam levar o indivíduo à loucura, apesar de que esta só apareceria em casos em que a pessoa já tivesse uma predisposição. Mais: Kraepelin acreditava que até havia a possibilidade de influências externas desencadearem a doença mental, mas, na verdade, a degeneração era uma condição congênita (SILVA, 2020). Alguns dos problemas que o preocupavam eram:

[...] a degeneração hereditária; a herança mórbida; os estigmas de degeneração; as lesões cerebrais consideradas ao mesmo tempo como efeito e causa de comportamentos desviados; a transmissão hereditária de desvios tais como o alcoolismo ou o crime; o alcoolismo como causa de degeneração e de doença mental; assim como a abordagem dos desvios morais ou físicos, considerados indicadores de patologias psiquiátricas. (CAPONI, 2012, p. 145)

Nesse sentido, o psiquiatra afirmava que os fatos sociais não eram a causa das doenças. Para ele,

[a]s assim chamadas causas psíquicas – um amor infeliz, negócios fracassados, excesso de trabalho – são o produto, mas não a causa da doença; são a mera manifestação de uma condição preexistente, e seus efeitos dependem da constituição biológica do sujeito (KRAEPELIN, apud CAPONI, 2012, p. 153).

Segundo Caponi (2012), o objetivo principal de Kraepelin era entender as alterações biológicas que causavam as patologias psiquiátricas, pois, para ele, essas duas coisas estavam diretamente relacionadas. Assim, para fazer um diagnóstico era preciso um detalhamento sobre hábitos, traços e doenças de todos os ramos diretos da família. Era necessário falar desde a gestação até a vida adulta, ressaltando doenças, choques emocionais, traumas e vícios. Além disso, era preciso analisar as condições físicas do paciente, observando se havia malformações do palato ou dos órgãos sexuais, estrabismo congênito, albinismo, posição errada dos dentes, dos olhos etc. É possível perceber, por meio dessa rotina, que a hereditariedade e as condições físicas eram pontos-chave para diagnosticar o paciente, já que, para Kraepelin, esses eram dois fatores que estavam ligados ao aparecimento das patologias mentais. Em síntese, na Teoria da Degeneração, a degeneração é entendida como “[...] uma decomposição das faculdades mentais e da moral que poderia ser percebida através não só dos comportamentos, mas de características físicas dos indivíduos” (SILVA, 2020, p. 44).

Ambas as teorias, Alienismo e Teoria da Degeneração, influenciaram muito a forma como se organizavam os hospitais psiquiátricos brasileiros: as ideias de isolamento, de “periculosidade”, de doença mental como algo hereditário e de trabalho como parte do tratamento compareceram nos hospícios nacionais. Vejamos, agora, como funcionavam os hospitais psiquiátricos brasileiros.

3.2. HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS BRASILEIROS

Nesta seção, vamos nos aprofundar na história de dois hospitais psiquiátricos brasileiros de duas regiões diferentes do país como exemplos metonímicos do retrato destas instituições em território nacional; são eles: Hospital Colônia de Barbacena e Hospital Colônia Sant’Ana. Para fazê-lo, utilizamos o livro *Holocausto Brasileiro* (2014), de Daniela Arbex, e a dissertação de mestrado de Ana Terra de Leon Silva intitulada *Os Nomes da Loucura: discurso diagnóstico e tratamentos na emergência*

da psiquiatria em Santa Catarina (1939-1942). Começamos com o Colônia de Barbacena, fundado em 1903, e, depois, falamos do Colônia Sant’Ana, inaugurado em 1941. Antes de passarmos à descrição de como funcionava cada um deles, voltamos a destacar que os horrores que aconteciam neles não eram “um caso à parte”, não eram exceções; tais fatos aconteciam em diversos hospícios espalhados por todo o Brasil (e pelo mundo). Alguns ganharam mais notoriedade e fama por alguém ter falado ou escrito sobre eles, ou seja, por terem se tornado notícia, e seus pacientes terem ganhado, pouca que seja, alguma voz. Como diz Foucault, as histórias que são conhecidas só ganharam notoriedade por um encontro, ainda que breve, com o poder. Se não fosse esse encontro, elas ainda continuariam esquecidas na escuridão, como tantas outras: “[t]odas essas vidas destinadas a passar por baixo de qualquer discurso e a desaparecer sem nunca terem sido faladas só puderam deixar rastros – breves, incisivos, com frequência enigmáticos – a partir do momento de seu contato instantâneo com o poder” (FOUCAULT, 2003, p. 207). Esse é o caso, principalmente, do agora famoso Hospital Colônia de Barbacena, que ficou nacionalmente conhecido pelos excelentes livro e documentário feitos a partir das pesquisas da jornalista Daniela Arbex. Mas, reiteramos, o que vemos ali não é uma exceção. Todos os hospícios se baseavam na mesma concepção ideológica: na exclusão e no isolamento – o de Barbacena só foi denunciado.

O Hospital Colônia de Barbacena, fundado em 1903, na cidade de Barbacena, Minas Gerais, foi considerado o maior hospício do Brasil. Ele é descrito por Arbex como um “[...] campo de concentração travestido de hospital” (2014, p. 25). No hospício, pacientes morriam todos os dias, pelos mais diversos motivos; alguns, por exemplo, morriam sufocados quando ficavam embaixo da pilha de corpos que empilhavam para se aquecerem durante a noite. Ao todo, cerca de sessenta mil pessoas morreram neste que ficou conhecido como o “holocausto brasileiro”. Na época das pesquisas de Daniela Arbex, restavam menos de 200 pessoas vivas que haviam sido internadas no Colônia de Barbacena para contar as histórias do que viveram lá. E foi a partir dos relatos delas e de outras testemunhas, como ex-funcionários e vizinhos, que a jornalista começou a contar as histórias escritas em seu livro.

Segundo Arbex (2014), estima-se que cerca de 70% dos atendidos não tinham qualquer transtorno mental, e muitos não tinham qualquer diagnóstico: “Apenas eram

diferentes ou ameaçavam a ordem pública” (ARBEX, 2014, p. 25). Ou seja, muitas vezes pessoas eram enviadas ao manicômio para que outras, com mais poder, pudessem se livrar daqueles indesejados, tirar da vista aqueles que não querem mais ver e de quem não querem se encarregar – os indesejáveis, os infames, aquelas vidas sem importância que o poder só quis aniquilar, ou pelo menos apagar (FOUCAULT, 2003). No Colônia não foi diferente: “[...] o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos” (ARBEX, 2014, p. 25-26). Muitas das mulheres internadas eram filhas de fazendeiro que haviam perdido a virgindade, outras eram esposas trocadas por amantes, e ainda prostitutas que haviam ferido homens que se recusavam a pagar pelo programa após sua realização. O hospício não era um lugar de tratar a loucura, mas um depósito de gente. De acordo com Arbex (2014), a teoria eugenista fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Como sabemos, essa teoria baseia-se, em linhas gerais, na ideia de limpeza social. A partir dela, acredita-se que se deve “[...] livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar” (ARBEX, 2014, p. 26).

Em 1930, ou seja, há menos de 30 anos da fundação do hospício, já havia superlotação. Havia 5 mil pessoas em um lugar que deveria comportar no máximo 200. As camas foram tiradas e substituídas por capim espalhado pelo chão, de forma que coubessem mais pessoas dentro de um mesmo local. Para o Poder Público esse método deu tão certo que, em 1959, recomendaram-no para outros hospitais mineiros.

Os loucos chegavam a Barbacena de vários cantos do Brasil, na maioria das vezes enviados de trem. Muitos deles não sabiam onde estavam e nem o motivo de terem sido para lá despachados. Quando os novatos chegavam ao Colônia, eram separados por sexo, idade e características físicas. Os homens e as mulheres ficavam separados, e, ainda, separavam-se os homens que podiam trabalhar daqueles que não conseguiam. Todos tinham de entregar todos os seus pertences, inclusive a roupa do corpo. Todos tomavam um mesmo banho coletivo, na maioria das vezes, com água gelada. Em seguida, recebiam seus uniformes azuis, incapazes de aquecer o corpo durante o frio. “Assim, padronizado e violado em sua intimidade, seguia cada um para o seu setor” (ARBEX, 2014, p. 28).

Além do trem, algumas pessoas eram enviadas ao hospital de ônibus ou em

viatura policial. Assim, muitas internações eram assinadas por delegados, pois, antes do Colônia, os loucos de Minas Gerais tinham como destino as prisões.

Havia 7 internações para cada 1.000 habitantes mineiros no ano de 1979. E, em 1981, a cada 2,5 consultas, 1 pessoa era hospitalizada. Mesmo com tantas internações e ainda mais sendo um hospital, o Colônia tinha poucos médicos: até o final dos anos 1950, psiquiatras e clínicos eram raridade. Há registros de queixas sobre as condições inadequadas de atendimento desde 1914, poucos anos após a fundação do hospício.

Os antigos internos contam que levavam eletrochoque. Para que os gritos de dor e medo fossem calados e também para que a língua do paciente não fosse cortada durante a descarga elétrica, os funcionários colocavam, à força, borracha entre os lábios e dentes das vítimas. Por fim, os internos perdiam a consciência. Um ex-funcionário do Colônia confessa que “[...] o tratamento de choque e o uso de medicações nem sempre tinham finalidades terapêuticas, mas de contenção e intimidação” (ARBEX, 2014, p. 35). Nota-se, então, que o eletrochoque estava mais relacionado ao controle de corpos do que propriamente a uma preocupação terapêutica. De acordo com um antigo médico do Colônia, o eletrochoque era dado indiscriminadamente – às vezes, a energia elétrica da cidade não aguentava a descarga elétrica, e a cidade toda ficava sem luz. Muitos morriam, enquanto outros sofriam fraturas graves. Segundo Arbex (2014), a eletroconvulsoterapia existe desde 1938. No Brasil, o método só começou a ter mais controle em 2002, quando o Conselho Federal de Medicina estabeleceu regras para a adoção da técnica, como o uso de anestesia geral e relaxantes musculares – nada disso era feito no Colônia.

Além do eletrochoque, outras medidas eram utilizadas para conter a agressividade. Segundo o relato de um ex-funcionário, “[s]e o cara, às vezes, se exaltava, ficava bravo, a gente dava uma injeção para ele se acalmar” (ARBEX, 2014, p. 35). Outra barbaridade recorrente que acontecia no Colônia era a lobotomia. Ela era utilizada com o objetivo de conter a agressividade e fazer os surtos cessarem. Como se sabe, muitos pacientes passaram a um estado vegetativo depois da cirurgia⁷.

Os pacientes passavam fome e sede. Além do almoço, às 12h, e o jantar, às 17h, não havia nenhuma outra refeição. Os pensionistas – aqueles que pagavam

⁷ De acordo com Arbex (2014), embora tenha sido considerada uma técnica bárbara da psicocirurgia, a lobotomia continua sendo realizada em algumas cidades do país.

alguma quantia para estarem no hospício – tinham alimentação diferente, ainda que também não fosse boa.

Todos eram acordados às 5h e então encaminhados para o pátio, independentemente da temperatura que fizesse: “O frio cortava a pele exposta, fazia os músculos enrijecerem e a boca ressecar até ganhar feridas” (ARBEX, 2014, p. 48). Muitas vezes ficavam nus – como tinham apenas uma roupa, quando esta era enviada para a lavanderia, não havia mais o que aquele interno vestir.

Além de viverem na miséria, com fome, sede e frio, os internos ainda eram obrigados a trabalhar. Há registros de 1916 de que quase a metade da receita do hospital foi paga com o trabalho dos pacientes, através da venda dos alimentos que plantavam: “Com a colheita de dez alqueires de milho, cinco de batata-doce, nove de feijão e nove hectares de mandioca, os negócios no Colônia iam bem” (ARBEX, 2014, p. 60). Além da plantação e colheita, alguns trabalhavam no conserto de vias públicas, limpeza de pastos e preparação de doces.

Outro negócio rentável que o Colônia de Barbacena tinha era a venda de cadáveres – cerca de 1.823 foram vendidos para 17 universidades de medicina entre 1969 e 1980. Como chegava a uma média de 16 mortes diárias, havia uma “promissora” indústria de venda de corpos. Só a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) comprou 543 cadáveres em uma década; a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), 67. As vendas de cadáveres não eram autorizadas pela família do interno. De acordo com Arbex (2014), em uma década essa prática arrecadou quase 600 mil reais, fora o valor faturado com o comércio de órgãos e ossos. Quando os corpos pararam de ser comprados pelas faculdades, eles eram decompostos em ácido em tonéis que ficavam no pátio do Colônia, na frente dos pacientes. Nesse caso, os ossos ainda poderiam ser comercializados, já que o corpo inteiro não havia sido.

Havia também crianças, que recebiam o mesmo tratamento dos adultos: “[a]queles meninos sentiram na pele os maus-tratos das correntes, dos eletrochoques, da camisa de força, do aprisionamento e do abandono” (ARBEX, 2014, p. 91). A jornalista conta de um garoto de 12 anos que passou pela cirurgia de lobotomia, sendo a justificativa para tal a de que criança sofria crises de epilepsia. Algumas crianças eram mantidas sempre em berços, e não saíam dali nem para tomar sol.

Essa era a realidade do que foi o maior hospício brasileiro. A partir desse resumo das práticas do Hospital Colônia de Barbacena, podemos perceber que o

manicômio servia como lugar de exclusão e isolamento dos indesejados para “limpar” as ruas, e também como local para aprisionar pessoas que fugiam da norma. Nota-se ainda o controle dos corpos, tanto para conter a agressividade, por meio do eletrochoque e da lobotomia, quanto para “tratar” os doentes, na forma de padronizações das vestimentas iguais e de maus-tratos em vez de cuidados básicos de saúde e higiene. Como veremos, esse controle dos corpos ainda está presente nas práticas de algumas instituições manicomiais e nos discursos daqueles que defendem o eletrochoque como tratamento. Passemos agora a discutir o Hospital Colônia Sant’Ana.

Para falar do Hospital Colônia Sant’Ana, conforme já advertimos, utilizamos a dissertação de mestrado *Os Nomes da Loucura: discurso diagnóstico e tratamentos na emergência da psiquiatria em Santa Catarina (1939-1942)* (2020), de Ana Terra de Leon Silva. Vale ressaltar que a pesquisa feita pela historiadora concentra-se no período do Estado Novo, mais especificamente de 1939 a 1942, quando aconteceu a fundação do hospital. Em seu trabalho, a autora caracteriza os primeiros anos de existência da instituição, analisa como se articulavam os diagnósticos dos pacientes e como era estruturado o tratamento psiquiátrico naquele período. Como *corpus* de pesquisa, a historiadora analisou prontuários médicos. A partir deles, ela observou os discursos produzidos pela instituição sobre seus pacientes.

O Hospital Colônia Sant’Ana foi inaugurado em 1941, em São José, Santa Catarina. Foi considerado a sede principal da institucionalização da loucura no estado. Em 1996, o Colônia Sant’Ana transformou-se no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq-SC), que funciona até hoje.

Uma primeira característica coincidente que salta aos olhos de uma linguista é que tanto o Hospital Colônia Sant’Ana como o Hospital Colônia de Barbacena carregam “colônia” no nome. Isso acontece porque ambos se baseavam no modelo de hospital-colônia, ou seja, caracterizavam-se “[...] pelo uso do trabalho agrícola como forma de tratamento clínico das doenças” (SILVA, 2020, p. 25). Esse tipo de hospital tinha o trabalho como a principal forma de tratamento; como uma forma de educação moral e, muitas vezes, religiosa. Para Silva (2020), as justificativas para o modelo escolhido “[...] giram em torno do ideal do trabalho como possibilidade de reinserção social do paciente psiquiátrico” (SILVA, 2020, p. 25). Assim, tinham como terapêutica o trabalho, pois acreditava-se que a cura aconteceria a partir do momento

que o paciente pudesse ser reintegrado à sociedade e à produção, isto é, ele estaria curado quando se tornasse capaz de produzir. Em resumo, “[n]a lógica do hospital-colônia, a cura estava relacionada a estar ou não apto ao trabalho” (SILVA, 2020, p. 39). Além do trabalho terapêutico, os hospitais-colônia tinham o isolamento como um objetivo: tiravam das ruas aqueles que não seguiam as normas da sociedade e os isolavam entre os muros do hospício.

A pesquisadora defende que a rede de atenção em saúde mental inaugurada pelo Governo Vargas correspondia a um projeto eugênico e higiênico de psiquiatria, sendo parte da construção do Estado brasileiro conforme as diretrizes políticas daquele governo. Como nos explica Silva (2020), o termo “eugenia”, inventado pelo cientista britânico Francis Galton em 1883, foi criado para nomear a possibilidade de aplicação de conhecimentos biológicos sobre hereditariedade em um controle populacional com o intuito de melhorar a reprodução, ou melhor, a raça. Assim, a eugenia tinha como objetivo “[...] combater a degeneração, mal hereditário, congênito, característico da população anormal, alvo das políticas de segregação e do sequestro social promovido pelas políticas públicas de psiquiatria aqui estudadas” (SILVA, 2020, p. 34). Deste modo, segundo a autora, a psiquiatria brasileira da década de 1940 estava diretamente ligada aos conceitos de eugenia e degeneração.

O diretor do Hospital Colônia Sant’Ana à época estudada na pesquisa era Agripa Faria. Ele foi diretor do hospital desde a sua inauguração, em 1941, até 1950. Faria acreditava que, para evitar que novos “doentes mentais” nascessem, dever-se-ia impedir a procriação de pessoas com doentes mentais na árvore genealógica – uma medida eugênica que visava ao “aperfeiçoamento da raça”. Além disso, Agripa Faria defendia o isolamento alegando que este garantia a proteção do doente e a segurança da sociedade, além de possibilitar o trabalho exercido no interior do hospital – o que melhoraria os sintomas da doença e prepararia o doente moralmente para retornar à sociedade.

As funções que os internos realizavam eram dadas de acordo com sua periculosidade e aptidão. Além do trabalho agrícola, que era o principal, os pacientes também realizavam tarefas relativas ao funcionamento do próprio hospital. Eles cozinhavam, lavavam, costuravam e faziam outros serviços para manter o hospital funcionando. Esse trabalho não era apenas para o tratamento dos doentes, mas também servia para pagar suas próprias despesas dentro do hospital, tornando-as

menos custosas para o Estado – o que era uma grande preocupação na época.

No seu primeiro ano de existência, a maior parte dos internados do Colônia Sant'Ana tinha de 20 a 39 anos, ainda que houvesse crianças e idosos também. Os pacientes eram separados por sexo, pois assim não teriam relações sexuais, o que evitaria o nascimento de novos doentes mentais. O motivo da internação dos homens estava mais relacionado a trabalho e surtos violentos, enquanto o das mulheres relacionava-se de alguma forma ao papel de mãe, esposa e dona de casa. Isso quer dizer que, como bem pontua Silva, “as internações das mulheres se legitimavam pela não adequação delas aos seus papéis de gênero” (SILVA, 2020, p. 63).⁸

Os prontuários analisados por Silva possuíam diversos campos para serem preenchidos:

Nome, residência, sexo, idade, estado civil, data e local de nascimento, profissão e onde a exercia, filiação, nacionalidade, cor, espaço para foto, religião, biotipo, naturalidade, procedência, data da internação, diagnóstico, altura, peso, informante e correspondente, internante, premissas legais de internação, assinatura dos médicos e descarga definitiva da observação. (SILVA, 2020, p. 67)

Nos prontuários havia outras fichas também, como a de praxiterapia⁹, aproveitamento da praxiterapia e ficha dos exames no ato da entrada. No entanto, o campo da praxiterapia raramente era preenchido. Ainda que o trabalho fosse a justificativa da internação, o maior “tratamento” do hospício, não havia muitas anotações sobre sua realização. Quando havia anotações, elas referiam-se à produtividade do paciente, e não ao seu caráter terapêutico. Ademais, não constavam anotações sobre a melhora ou piora do quadro dos pacientes, mas apenas sobre qual trabalho deveriam exercer. Ao mesmo tempo, apesar de a praxiterapia ser um tratamento bastante utilizado, nem todos trabalhavam, já que alguns eram considerados inaptos. Ao mesmo tempo, em diversos prontuários não havia uma descrição dos tratamentos realizados, o que levou a autora a levantar duas hipóteses: “[...] ou realmente estes pacientes não recebiam tratamentos, e apenas eram

⁸ Conforme vimos em mais de uma situação, o discurso sobre a loucura muito se relaciona a questões também de gênero. Infelizmente, dado o escopo de uma dissertação de mestrado, não nos aprofundaremos nessa contenda aqui.

⁹ Tratamento que coloca o trabalho como prática terapêutica, isto é, considera o trabalho como parte do tratamento psiquiátrico.

alimentados e recebiam cuidados básicos, ou os prontuários possuem subnotificação de tratamentos e observações” (SILVA, 2020, p. 75).

De fato, nenhum dos prontuários analisados possui uma ficha detalhada sobre a praxiterapia, conforme já dissemos. E, ao mesmo tempo, se o hospital colônia tinha como principal prática terapêutica o trabalho, é no mínimo estranho que não haja informações sobre os trabalhos e as evoluções dos pacientes. Conforme já dissemos, a partir desses prontuários percebe-se que a preocupação primeira dos médicos era descrever se os pacientes estavam aptos ou não para o trabalho, qual trabalho exerceriam, se eram ativos ou não. Enfim, eles não se preocupavam em mostrar como o trabalho exercido ajudava na recuperação do doente. Segundo Silva, este era o padrão dos prontuários: “[...] poucas informações sobre o sofrimento do paciente, sem muito esmero na descrição da evolução da doença ou do quadro, porém isso não impedia as prescrições” (SILVA, 2020, p. 78)

Além da praxiterapia, foram encontrados outros tratamentos nos prontuários, todos baseados na convulsoterapia. A convulsoterapia era utilizada, pois acreditava-se que as convulsões eram capazes de inibir a psicose, já que pacientes epiléticos, que convulsionavam, não apresentavam esquizofrenia. Assim, o corpo médico do hospital causava convulsões aos pacientes, a fim de que estes apresentassem melhoras no quadro de psicose. Essas convulsões eram causadas tanto por eletrochoque quanto por convulsivos injetáveis, como o nicordamin e o cardiazol.

A quantidade de sessões de eletroconvulsoterapia era muito alta em alguns pacientes, chegando a ultrapassar 20 de janeiro a junho do mesmo ano em um único paciente. Conforme já mostramos, o uso dessa técnica parece estar mais relacionado à forma como o paciente ficava após o procedimento do que, de fato, à sua eficácia. Após a sessão de eletroconvulsoterapia, o paciente ficava atordoado, confuso, incapaz de permanecer em pé devido a dores musculares.

A partir disso, a autora conclui que os tratamentos eram voltados para agir sobre os *corpos* dos pacientes internados, o que retoma o que já apontamos anteriormente sobre as instituições de sequestro explicadas por Foucault (FOUCAULT, 2002 [1973]), cujo poder se exerce no corpo do indivíduo. Ela ainda percebe que o padrão institucional acontece, por um lado, pela falta e, por outro, pelo excesso. A falta se dá na ausência de descrições, de preenchimentos dos campos dos prontuários, de encaminhamento para a praxiterapia e de observações sobre o

progresso do tratamento. Já o excesso ocorre no controle do corpo social circunscrito ao hospital: os números altos estão nas vacinas, nos exames de sangue e nas sessões de convulsoterapia.

A partir dos exemplos mostrados, é possível perceber como se organizavam os hospitais psiquiátricos no Brasil (e no mundo) e como eram seus “tratamentos”. Segundo Amarante (2013), após a Segunda Guerra Mundial, a sociedade dirigiu seus olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados em nada se diferenciavam daquelas dos campos de concentração: o que se podia constatar era a absoluta ausência de dignidade humana. Assim nasceram as primeiras tentativas de reformar o hospital psiquiátrico.

3.3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um movimento que teve início na década de 1970 e ganhou força nas décadas seguintes. Tem como objetivo promover mudanças significativas no tratamento e na abordagem das questões relacionadas à saúde mental no Brasil, de modo que foi impulsionada primeiramente por trabalhadores dessa área. Mas, antes de falarmos especificamente da Reforma Psiquiátrica Brasileira, vamos entender as condições históricas que a produziram.

Tendo em vista tudo o que acontecia nos hospitais psiquiátricos e a forma como os chamados “loucos” eram maltratados, presos, isolados e praticamente deixados à deriva, a população começou a questionar a instituição psiquiátrica e o modo como ela operava. Os diversos problemas dos manicômios (superlotação, dificuldade de estabelecer limite entre loucura e sanidade, segregação dos marginalizados, denúncias de violência) fizeram com que a credibilidade do hospital psiquiátrico e da psiquiatria chegasse aos mais baixos níveis (AMARANTE, 2013). Duras críticas foram tecidas aos hospícios e às teorias vigentes, tanto no Brasil como em outros países. Uma das críticas que podemos ver está, por exemplo, no conto *o Alienista*, de Machado de Assis, no qual autor questiona a internação, os motivos que levavam os “loucos” a serem internados, o alto número de pessoas que eram internadas e, é claro, a noção do que é normal e anormal (e quem determina isso). Outra crítica aos hospitais psiquiátricos, presente na literatura brasileira, está nos escritos de Lima Barreto, escritor brasileiro que foi internado algumas vezes em

hospitais psiquiátricos. Em seu livro *o Diário do Hospício*, que foi escrito enquanto o autor estava internado pela segunda vez no Hospital Nacional de Alienados no Rio de Janeiro, entre 1919 e 1920, Lima Barreto relata momentos que viveu no hospício e nos conta muito sobre como eram esses locais naquela época. Segundo ele, ao entrar no local, os alienados eram obrigados a ficar nus e vestiam as roupas que lhes eram dadas, mas ficavam descalços, pois nenhum calçado lhes era entregue. Para dormir tinha apenas um colchão de capim com uma manta pobre e, ainda, chegou a dividir um único quarto com outras 19 pessoas. Com isso, o autor afirma que os horrores que viveu foram tão fortes que ele nunca poderá esquecê-los:

[...] cem anos que viva eu, nunca poderão apagar-me da minha memória essas humilhações que sofri. Não por elas mesmo, que pouco valem; mas pela convicção que me trouxeram de que esta vida não vale nada, todas as posições falham e todas as precauções para um grande futuro são vãs. (BARRETO, 1993, p. 50).

A partir dos escritos de Lima Barreto, podemos ver um relato de quem, de fato, vivenciou a dura realidade dos manicômios. Ele narra diversas humilhações e situações degradantes que teve que viver – isso tudo por ter sido encontrado bêbado nas ruas. Assim, o autor critica, em diversos momentos, o funcionamento do hospital em que estava internado, a forma como os psiquiatras agiam e como os internos eram tratados.

Após muitas críticas ao modelo, criaram-se, em diversas partes do mundo, as chamadas “colônias de alienados”, com a intenção de resgatar o potencial terapêutico da instituição psiquiátrica. Essas instituições foram construídas em áreas agrícolas, onde os alienados poderiam submeter-se ao “trabalho terapêutico”. Segundo Amarante (2013), os alienistas brasileiros do início do século XX foram adeptos fervorosos das colônias de alienados, pois consideravam que o trabalho seria um excelente meio terapêutico que estimularia a vontade e a energia do paciente – e, ainda, consolidava a resistência cerebral tendendo a fazer desaparecer “os vestígios do delírio”. As primeiras colônias brasileiras foram criadas logo após a Proclamação da República. Chamavam-se Colônia de São Bento e Colônia Conde de Mesquita, ambas na Ilha do Galeão, atual Ilha de Governador, no Rio de Janeiro. As colônias se espalharam pelo país e começaram a ter um alcance muito grande, como foi o caso da colônia de Juquery, em São Paulo, que chegou a ter 16 mil internos. Mas as

colônias se mostraram iguais aos asilos tradicionais. Eram apenas instituições asilares de recuperação pelo trabalho. Amarante (1998) pontua que o real objetivo das colônias, na prática, era ampliar a importância social e política da psiquiatria e neutralizar algumas das críticas feitas ao hospício tradicional – ainda que sem sucesso.

Para Amarante (2013), as duas guerras mundiais fizeram com que a sociedade passasse a refletir sobre a natureza humana, tanto sobre a crueldade quanto sobre a solidariedade existentes entre os homens, de maneira que se foi criando, assim, condições de possibilidade histórica para um período de transformações psiquiátricas. Desviat (2015) concorda com Amarante quanto ao contexto histórico que possibilitou essa mudança na psiquiatria. Para ele,

[...] foi após a Segunda guerra Mundial, em tempos de crescimento econômico e reconstrução social, de grande desenvolvimento dos movimentos civis e de maior tolerância e sensibilidade para com as diferenças e as minorias, que a comunidade profissional e cultural, por vias diferentes, chegou à conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido. (DESVIAT, 2015, p. 27)

Além disso, em 1948, pouco tempo após a segunda guerra mundial e como um efeito dela, foi promulgada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que contribuiu para uma crítica do modelo asilar, já que todo seu funcionamento ia contra o que era pautado nessa declaração.

Nesse contexto, surgem as experiências de reformas psiquiátricas pelo mundo¹⁰. Algumas das experiências de reformas foram a Comunidade terapêutica¹¹ (Inglaterra) e a Psicoterapia Institucional (França), que acreditavam que o fracasso estava na forma de gestão do próprio hospital e que a solução, portanto, seria introduzir mudanças na instituição. Outras dessas experiências foram a Psiquiatria de

¹⁰ Apenas mostraremos que existiram diferentes tipos de reformas e que elas aconteceram em diversas partes do mundo, sem explicarmos detalhadamente como funcionavam os modelos de reforma mencionados, uma vez que esta pesquisa é focada no contexto brasileiro. Assim, consideramos importante mencionar que existiram outras reformas psiquiátricas em diferentes países, sem nos esquecermos de que nos interessa sobretudo entender a reforma psiquiátrica brasileira.

¹¹ Ressaltamos que a Comunidade Terapêutica mencionada neste momento não tem qualquer relação com as Comunidades Terapêuticas brasileiras atuais. Aqui, refere-se ao projeto de tentar deixar o hospital psiquiátrico mais horizontal e menos hierarquizado, de forma que todos os atores sociais tivessem direitos – assim, os pacientes mesmo participavam das reuniões para discutirem sobre o próprio tratamento.

Setor (França) e a Psiquiatria Preventiva (Estados Unidos), que acreditavam que o modelo hospitalar estava esgotado, e que o mesmo deveria ser tornado obsoleto a partir da construção de serviços assistenciais que iriam qualificando o cuidado terapêutico (hospitais-dia, oficinas terapêuticas, centros de saúde mental etc.), ao mesmo tempo que iriam diminuindo a importância e a necessidade do hospital psiquiátrico. Além dessas, Amarante (2013) elenca a Antipsiquiatria (Inglaterra) e a Psiquiatria Democrática (Itália), mas acredita que o termo “reforma” seja inadequado para ambas, porque não são experiências de reformas, já que deram início ao rompimento com o paradigma psiquiátrico tradicional. Eram movimentos que buscavam uma superação do modelo asilar e colocavam em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico, as instituições e os dispositivos terapêuticos utilizados nos manicômios.

A Psiquiatria Democrática Italiana nos interessa de modo particular, pois teve grande influência nas teorias e nos movimentos brasileiros. Franco Basaglia, precursor da Psiquiatria Democrática, após trabalhar em diversos hospitais psiquiátricos, percebeu que a questão não era reformar o hospital e, sim, destruí-lo. Para o psiquiatra, tratava-se de um problema da própria instituição, de todo o seu funcionamento e, por isso, não era possível apenas reformá-la, pois os problemas permaneceriam. Segundo Amarante (2013), Basaglia passou a formular pensamentos originais acerca da ideia de superação do aparato manicomial, entendendo-o não só como a estrutura física do hospício, “[...] mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana” (p. 49). Assim, Basaglia se colocou como um anti-instituição. Para ele, era necessário destruir o hospital psiquiátrico e criar centros de saúde mental que deveriam ser responsáveis pelo cuidado integral do paciente, de forma que o hospital psiquiátrico não fosse mais necessário. Basaglia se colocava contra essa instituição, pois acreditava que ela era naturalmente uma “instituição da violência” (BASAGLIA, 1985, p. 101). A violência dessa instituição não se limitava apenas às práticas de tratamento, à violência física, mas também à sua estruturação e à sua lógica de funcionamento, que reforçavam a segregação, a exclusão e a grande desigualdade de poder entre os profissionais de saúde e os pacientes.

Outro ponto importante elaborado por Basaglia é a crítica ao foco da psiquiatria ser o corpo biológico; para ele, nessa concepção, as pessoas passam a ser “coisas” a serem estudadas e analisadas, posto que a doença é colocada à frente do sujeito. Ao contrário, Basaglia acredita que devemos colocar o sujeito na frente e a doença entre parênteses, diferentemente de como é feito pela psiquiatria clássica: “[...] o doente foi isolado e colocado entre parênteses pela psiquiatria para que fosse possível nos dedicarmos à definição abstrata de uma doença, da codificação das formas, da classificação dos sintomas [...]” (BASAGLIA, 1985, p. 125). Ou seja, é necessário focar no sujeito, no indivíduo, para, depois, olhar para a doença. Isso não significa dizer que a doença deva ser esquecida ou ignorada; ela deve ser levada em conta, mas deve ser colocada entre parênteses, para que o principal foco seja o sujeito. Para Amarante (2013), ao mudar o discurso que priorizava a doença para um que coloca o sujeito em primeiro plano, deixa-se de reprimir e excluir para cuidar e acolher. Dito isso, Basaglia acreditava que era impossível apenas reformar o manicômio, pois seria sempre uma instituição de violência: independentemente das mudanças que fossem feitas, a doença sempre vinha em primeiro lugar, esquecendo-se do sujeito. Ou seja: para que se falasse em “reforma”, era preciso mudar a estrutura manicomial em seu fundamento – quer dizer, era necessário mesmo destruir o modelo asilar.

Debrucemo-nos agora na reforma brasileira, que surge em meio a diversas mudanças não só no campo da saúde mental, mas nas demais áreas sociais e econômicas do país. Levando em conta todos os horrores vividos dentro dos manicômios e todas as críticas que surgiam, alguns trabalhadores da área da saúde mental começaram a discutir o que acontecia dentro dessas instituições.

Para Amarante (1998), o estopim para o processo da Reforma Psiquiátrica foi a chamada “Crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental). Essa crise diz respeito a uma greve em abril de 1978 que resultou, posteriormente, em 260 estagiários e profissionais demitidos. Ela teve início por causa de denúncias feitas por bolsistas que trabalhavam na DINSAM. Esses bolsistas registraram no livro de ocorrências as irregularidades da unidade hospitalar em que trabalhavam. Isso fez com que a situação vivida dentro dos hospitais psiquiátricos fosse levada a público. A princípio, essas denúncias eram relacionadas às péssimas condições de trabalho que os médicos, principalmente os bolsistas, viviam. No entanto, a partir dessa denúncia e da mobilização de alguns trabalhadores, nasceu o Movimento dos Trabalhadores

em Saúde Mental (MTSM), que se tornou o ator social estratégico pelas reformas no campo da saúde mental. Aprendemos com Amarante que suas reivindicações eram por

[..] regularização da situação trabalhista – visto que a situação dos bolsistas é ilegal –, aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, por melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços. (AMARANTE, 1998, p. 52).

Como se vê, as reivindicações do movimento não eram apenas em relação à condição de trabalhos do médico. Elas estão entre um projeto de transformação psiquiátrica e outro de organização corporativa, pois tanto buscavam melhores condições de trabalho, quanto se preocupavam com a forma como os internos são tratados.

Esse movimento teceu duras críticas ao modelo psiquiátrico clássico. Com um pensamento crítico em relação ao campo da saúde mental, permitiu visualizar uma possibilidade de inversão desse modelo a partir do conceito de “desinstitucionalização”. Segundo Amarante (1995), desinstitucionalizar não significa desassistir o indivíduo; não é tirá-lo da instituição e deixá-lo desamparado e sem cuidados. Na verdade,

[d]esinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. (AMARANTE, 1995, p. 493-494).

Nesse sentido, o que a Reforma Psiquiátrica quer não é apenas o sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas uma mudança na forma como a sociedade vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social. Assim, o Movimento dos

Trabalhadores de Saúde Mental cresce como um movimento múltiplo e plural do qual participam pessoas de diversas áreas da saúde mental, não apenas psiquiatras. Além destes, fazem parte desse movimento também os usuários do sistema de saúde e os seus familiares. Assim, o MTSM se torna o primeiro movimento em saúde com participação popular.

Já em 1986 ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde, da qual, ao contrário das conferências anteriores, o público também pôde participar. Essa conferência teve um caráter de consulta e participação popular. A partir dela surgiu uma nova concepção de saúde: como um direito do cidadão e um dever do Estado. Esse evento foi significativo porque proporcionou um espaço democrático para a discussão de políticas de saúde e para a formulação de propostas para o Sistema Único de Saúde (SUS). As discussões levantadas nessa conferência contribuíram para que, posteriormente, a Constituição Federal de 1988 consolidasse os princípios e as diretrizes que embasaram a criação do SUS. Além disso, nessa conferência foram definidos alguns princípios básicos a serem garantidos, como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, que implicaram uma nova visão do Estado como promotor de políticas de bem-estar social e, ainda, possibilitaram uma visão de saúde como sinônimo de qualidade de vida, e não como o antônimo de doença (AMARANTE, 1998). No relatório resultante dessa conferência, ficou definido, entre outras coisas, que: a saúde vai além do estado físico, pois ela depende de alimentação, educação, trabalho, lazer, liberdade etc.; a definição do que é saúde depende do contexto histórico de determinada sociedade; o direito à saúde significa que o estado garantirá condições dignas de vida e de acesso aos serviços de saúde de forma igualitária. Ademais, nessa conferência ficou estabelecido que cada campo da saúde deveria fazer suas próprias conferências – dentre eles, o de saúde mental.

Em 1987, em Bauru, aconteceu o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental.¹² Nesse congresso foram discutidas pautas importantes e inovadoras, que deram um novo rumo para a Reforma Psiquiátrica. Nesse evento, lideranças municipais, técnicos, usuários e familiares participaram como força ativa no esforço de construir opinião pública favorável à luta contra os manicômios. Ali surge uma nova e fundamental estratégia. O MTSM amplia-se no sentido de ultrapassar sua natureza

¹² O primeiro congresso ocorreu em 1979, em São Paulo, mas não há grande literatura sobre ele. A única menção a esse congresso no livro citado *Loucos pela vida: trajetória da reforma psiquiátrica*, de Amarante, indica apenas a data e o local de realização.

exclusivamente técnico-científica, tornando-se um movimento social pelas transformações no campo da saúde mental, tendo como principal pauta uma sociedade sem manicômios. De fato, este se torna o lema da nova luta: a Luta Antimanicomial. E, a partir desse congresso, o MTSM deixa de ser um movimento apenas de trabalhadores e passa a ser uma luta que inclui usuários, pesquisadores, familiares etc.

Durante o congresso, foi escrito o Manifesto de Bauru, no qual estão expostos os horizontes e as principais pautas da Luta Antimanicomial. Nele aponta-se que não se trata mais apenas de reformar o hospital psiquiátrico, mas de acabar com toda instituição com características manicomiais. Não é mais uma tentativa de humanizar a psiquiatria ou superar os hospitais psiquiátricos, mas destruir todas as práticas de exclusão, segregação e institucionalização. Nesse sentido, o Manifesto de Bauru começa afirmando que os 350 trabalhadores de saúde mental que estavam presentes no II Congresso Nacional deram um passo adiante na história do movimento e marcaram um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. Mais importante, eles afirmam: "Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos." (SAÚDE MENTAL, 2018 [1987], p. 537), ou seja, só reformar não é mais suficiente. Isso porque "[o] Estado que gerencia tais serviços [dos hospitais psiquiátricos] é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência." (SAÚDE MENTAL, 2018 [1987], p. 537). Ou seja: é impossível que o Estado cuide das pessoas internadas, pois estamos falando do mesmo Estado que explora a loucura. É por isso que, para os presentes nesse congresso, os manicômios devem acabar. Assim, no manifesto, entende-se que

[o] manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. (SAÚDE MENTAL, 2018 [1987], p. 537)

Isso mostra como o manicômio não é mais entendido como sinônimo de hospital psiquiátrico. O manicômio é como qualquer instituição de violência e de exclusão. A Luta Antimanicomial redefine a ideia do que é o manicômio. Ao finalizar o Manifesto de Bauru, os participantes do movimento se colocam explicitamente "contra

a mercantilização da doença!", clamando a luta "por uma sociedade sem manicômios!", frase que se tornou o lema da Luta Antimanicomial. Amarante (2021) considera que esse encontro de Bauru foi fundamental, pois apresentou uma ruptura política ao ter ampliado a ideia de que todo cidadão, toda pessoa que luta contra a opressão e a violência é um militante antimanicomial. A Luta Antimanicomial não clama apenas pelo fim do hospital psiquiátrico, mas pelo fim de toda forma de manicômio. Para Amarante (2021), todo hospital psiquiátrico é, automaticamente, manicomial. Entendemos com ele que o manicômio não é só o hospício: é qualquer forma de exclusão, qualquer forma de violação dos direitos humanos.

Amarante, em entrevista ao *Podcast Saúde Mental Crítica*, em 2021, afirmou que a noção de "Luta Antimanicomial" é brasileira – por isso, falar em "Luta Antimanicomial Brasileira" seria um pleonasma. Diferentemente dessa luta, o que houve no restante do mundo foram apenas críticas à psiquiatria. Já a Luta Antimanicomial é uma luta pela liberdade, pelos direitos, pela plena possibilidade de viver a vida e ser reconhecido como sujeito. A Luta Antimanicomial não é apenas uma luta contra os hospícios. É claro que este foi o seu aspecto que ganhou mais notoriedade; contudo, ela é mais do que isso. Ela é uma luta contra a violência, contra a exclusão, contra todas as formas de diminuição dos seres. É uma luta pela defesa dos direitos humanos, da diversidade, da igualdade e da liberdade (AMARANTE, 2021).

No que se refere ao discurso jurídico, os movimentos mencionados contribuíram para a aprovação da Lei 10.216 de 2001, que ficou conhecida como "Lei da Reforma Psiquiátrica" ou "Lei Paulo Delgado".¹³ Essa lei modificou sobremaneira o tratamento das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos e contribuiu para a diminuição de internações. A partir dela, a Reforma Psiquiátrica deixou de ser apenas um movimento da saúde mental e se transformou em política oficial do Brasil.

Assim, é fato que a lei contribuiu para uma significativa mudança na forma de cuidado dos considerados loucos; entretanto, para Amarante (2021), as questões da relação da sociedade com a loucura não são resolvidas com leis. O psiquiatra defende que, para uma real mudança na forma como os loucos são tratados dentro e fora dos hospitais, são necessárias mudanças de comportamento sociocultural. Ou seja, é preciso que a sociedade mude a relação com a diferença, com a diversidade, com o

¹³ Paulo Delgado é o autor do projeto de lei que originou a Lei 10.216 de 2001.

outro (AMARANTE, 2021). Nesse sentido, Amarante (2021) acredita que não se acaba com a violência, com a homofobia, com a xenofobia, não se acaba com a intolerância por leis, por portarias, só por novas práticas de serviços etc. É necessário ter um enfrentamento de mentalidades, de concepções, de ideologias e de visão de mundo.

A contestação de Amarante não previa um retrocesso: por mais que agora houvesse uma lei para regulamentar o cuidado, começaram a surgir, principalmente a partir de 2015, discursos que vão contra os discursos tanto da Reforma Psiquiátrica quanto do movimento antimanicomial. Começam a ser aprovadas portarias e notas técnicas com um discurso contrário até mesmo à lei 10.216/2001. E é nesse contexto que surge a chamada “Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira”, da qual falamos melhor no próximo capítulo, junto com a análise dos discursos legais que emergiram nesse momento.

4. A LOUCURA E O DISCURSO JURÍDICO NO PERÍODO DA CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA

Enquanto as experiências de Reforma Psiquiátrica surgem em um momento de democratização após a segunda guerra mundial e o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira aparece durante o fim da ditadura militar, a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira nasce em meio a uma intensificação da ideologia neoliberal e de produtividade a todo custo, que vinha crescendo cada vez mais e tomando força há alguns anos. Um momento que é marcado por um grande desmonte da política de saúde mental.

O marco inicial da contrarreforma acontece em 2015, com a nomeação de Valencius Wurch, um psiquiatra com ideologias manicomiais, para ser coordenador do SUS no setor de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Esse mesmo psiquiatra foi diretor do maior asilo manicomial da América Latina durante a ditadura militar brasileira, quando a política prescrita para o setor era o enclausuramento e a cronificação dos usuários (PITTA, A; GULJOR, A., 2019). Assim que a nomeação foi feita, houve uma grande comoção dos militantes da Luta Antimanicomial, o que levou a protestos em diversas cidades brasileiras e à ocupação da sala da coordenação de saúde mental em Brasília por 121 dias (LIMA, 2019). Pouco tempo após essa nomeação, Kenneth R. de Camargo Jr., estudioso da área da Saúde Coletiva, publicou um editorial na revista *Physis* dizendo que pairava sobre os avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica uma ameaça concreta com a nomeação de um psiquiatra identificado com o modelo anterior. Camargo conta que essa nomeação foi “[...] comunicada num encontro com ativistas da Reforma Psiquiátrica em que o ministro da Saúde aproveitou para tecer críticas ao que chamou de ‘influência excessiva’ de Michel Foucault” (CAMARGO, 2015, p. 1057).

Nesse sentido, a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira pode ser entendida como o conjunto de ações a partir de 2015 que contradizem, se opõem ou suplantam elementos fundamentais da Reforma Psiquiátrica (COSTA, P.; MENDES, K., 2020). Para Costa e Mendes (2020), a contrarreforma psiquiátrica está relacionada ao aumento da ideologia neoliberal no Brasil, o que gerou uma minimização do Estado quanto ao seu papel de assegurar condições de consumo e mesmo vida à classe trabalhadora, e, ao mesmo tempo, uma maximização da sua natureza de classe, financiando a sanha acumulativa do capital. Além disso, os autores consideram que o

movimento da contrarreforma tem como um de seus pilares a intensificação do estrangulamento orçamentário da área da saúde mental.

Em um memorial publicado em 2022, a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASAME) afirmava que o Brasil estava passando por um processo de desmonte dos pressupostos e das políticas construídas nas últimas três décadas, o que impactava diretamente na organização social e comunitária e na política pública nacional de saúde mental, álcool e outras drogas, que haviam sido vanguarda na promoção do cuidado em liberdade e dos direitos humanos. Segundo a associação, a agenda da contrarreforma tem como características:

[...] o uso de instrumentos de gestão pública alheios à exigência constitucional da participação social, a valorização de equipamentos privados que têm como imperativo de “cuidado” o isolamento social, e o aumento da destinação de recursos públicos para os hospitais psiquiátricos (manicômios) e comunidades terapêuticas. (ABRASAME, 2022, p. 1)

Para a associação, são vários os decretos e portarias que evidenciam a ruptura com o marco legal e com todo o processo de regulamentação inaugurados com a Lei da Reforma Psiquiátrica e com os princípios constitucionais que promoviam desinstitucionalização. Assim, a ABRASAME considera que o Brasil tem, nos últimos anos, propiciado uma regressividade dos direitos dos usuários, usuárias, familiares, trabalhadores e trabalhadoras da rede de atenção psicossocial, de álcool e outras drogas.

Por mais que muitos autores falem em uma “Contrarreforma Psiquiátrica”, como acaba de ser explicitado, Amarante (2021) acredita que não se trata de uma Contrarreforma Psiquiátrica, pois, para o estudioso, o que existe é um movimento de contrarreforma do Estado, do Estado de direito. O psiquiatra considera que não há inimigos especificamente da Psiquiatria Democrática, da Reforma Psiquiátrica ou da Luta Antimanicomial. Para ele, as pessoas que estão tentando tirar proveito da área da saúde mental e de seu desmonte são pessoas que tentam se aproveitar de todas as áreas, tentando recuperar seus lucros, suas atividades de exploração, de mercantilização da vida.

A partir do exposto, é possível perceber que há uma irrupção discursiva que quebra com uma aparente “continuidade” e “progressão” do discurso que vinha acontecendo desde o início da Reforma Psiquiátrica até chegar à Luta Antimanicomial.

Em outros termos, os discursos da contrarreforma evidenciam uma descontinuidade discursiva, na medida em que vão contra os discursos que estavam então circulando. No entanto, esses discursos contrários à ideia de reformar ou destruir o hospital psiquiátrico já existiam antes de 2015, ou seja, antes do início do período da contrarreforma – eles só se *intensificaram* a partir de 2015. Essa luta discursiva pode ser observada, por exemplo, na comparação entre os discursos presentes no projeto de lei 3.657 de 1989, que deu origem à lei 10.216 de 2001, e o texto efetivamente aprovado como lei, isto é, em como o discurso precisou ser modificado para que pudesse ser aprovado e se tornar uma lei. Vejamos, pois, essa espécie de *modalização discursiva*.

Dois anos depois do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em 1989, como fruto das discussões sobre os hospitais psiquiátricos, Paulo Delgado elaborou o projeto de lei mencionado, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios, a substituição desses hospitais por outros recursos assistenciais e, ainda, regulamentava a internação psiquiátrica compulsória. Esse projeto tramitou no Congresso Nacional por 12 anos até ser aprovado e transformado na lei 10.216/2001. Sabemos que faz parte do funcionamento dos textos legais sofrer uma grande mudança entre sua materialidade como projeto até seu formato final como lei. Entendemos, pois, que é “normal” que um projeto de lei apresente ideias muito mais inovadoras do que as que acabam se concretizando na lei, publicada então com uma redação mais conservadora. Logo, essa divergência entre os textos não ocorre apenas nesse projeto em específico, nem só na área da saúde mental. Ainda assim, chama a atenção a mudança brusca, drástica.

Já no preâmbulo dos dois textos é possível perceber uma grande diferença:

| Projeto de lei N 3.657, de 1989 | Lei N 10.216, de 6 de abril de 2001 |
|--|--|
| Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. (p. 10696) | Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (p. 1) |

Notamos de início a escolha lexical nas duas sequências: enquanto o projeto dispunha sobre a *extinção* dos hospitais psiquiátricos, a lei “redireciona” o modelo de assistência. Ou seja, o projeto, indo ao encontro da Luta Antimanicomial, previa acabar, progressivamente, com os hospitais psiquiátricos e substituí-los por outras formas de cuidado, como hospital-dia, CAPS etc. Já a lei que foi aprovada não fala em exterminar os manicômios, mas apenas menciona os direitos dos pacientes. Dessa forma, já se começam a reconhecer dois modos discursivos diferentes de tratar a questão: um discurso Antimanicomial e um outro, reformista.

Observemos agora o artigo 1 do projeto e da lei.

| Projeto de lei N 3.657, de 1989 | Lei N 10.216, de 6 de abril de 2001 |
|--|--|
| Art. 1 Fica proibida , em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico. (p. 10696) | Art. 1 Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (p. 1) |

Novamente, percebe-se a diferença na materialidade discursiva entre o projeto e a lei. Logo em seu artigo 1, o projeto já *proibia* a criação de novos hospitais psiquiátricos, corroborando, enfaticamente, com o fim dos manicômios. Por outro lado, a lei, também em seu artigo 1, de um modo bastante engenhoso, parece ser mais “positiva” ao não falar em “proibição”, mas em *direito* e *proteção* do interno – agora chamado de *pessoa acometida de transtorno mental*. Contudo, essa *positividade* é apenas simulada, já que a lei é permissiva ao direito mais fundamental: o da livre escolha do paciente em se internar ou não. Novamente, toda a ideia proposta pela Luta Antimanicomial fica fora da lei, que está mais voltada para uma reforma do que para uma extinção dos manicômios. Nota-se, pois, que houve um apagamento dos discursos antimanicomiais: a lei deixa de “proibir” construção de hospitais psiquiátricos

e *muda de assunto* para “assegurar” os direitos das pessoas internadas. E ainda que a lei fale em direitos e proteção das pessoas sem qualquer tipo de discriminação, não é explicitado como isso será feito ou fiscalizado.

Além disso, é válido notar também a forma como as pessoas são referidas nesses dois textos. Enquanto a lei, como vimos, refere-se ao interno como *pessoa portadora de transtornos mentais* e *pessoa acometida de transtorno mental* ou ainda *portador de transtornos mentais*, passando uma ideia de que aquela pessoa possui, porta e carrega um fardo, sugerindo ser até mesmo uma escolha (como se se pudesse portar ou não esse transtorno), no projeto essas mesmas pessoas são nomeadas como *paciente* e *cidadão internado*, dando mais ênfase na pessoa, no cidadão, do que na doença, no transtorno. Essa troca de nomenclaturas se assemelha ao que fora proposto por Basaglia. Como vimos, o autor fala da necessidade se focar no sujeito e colocar a doença entre parênteses, ou seja, o contrário do que sempre foi feito, visto que, por muito tempo, o sujeito foi ignorado, e a preocupação era com a doença em si. Tendo isso em vista, podemos perceber que o projeto de lei, ao nomear os loucos de “paciente” e “cidadão”, coloca o foco na pessoa e deixa a doença em segundo plano, e, por outro lado, a lei, ao nomeá-los como “portador de transtorno mental”, coloca o transtorno como uma característica fixa e intrínseca ao sujeito louco. Ele não é um paciente ou alguém “em” sofrimento psíquico, como um estado transitório; ele é uma pessoa que porta aquele transtorno mental, como se a doença definisse quem é o sujeito.

Observemos, agora, trechos retirados do artigo 2 do projeto e da lei:

| Projeto de lei N 3.657, de 1989 | Lei N 10.216, de 6 de abril de 2001 |
|--|--|
| As administrações regionais de saúde [...] estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomial de atendimento , como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a | Art. 2 Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: [...] |

| | |
|---|---|
| <p>progressiva extinção dos leitos de característica manicomial.</p> | <p>V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;</p> <p>[...]</p> <p>VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;</p> <p>IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.</p> |
|---|---|

Enquanto no projeto de lei reafirma-se a todo tempo a preocupação de se recorrer a atendimento não-manicomial, com o objetivo final de *extinguir* os leitos psiquiátricos com características manicomiais e a implementação de serviços substitutivos, como hospital-dia, hospital-noite etc., na lei fala-se sobre ter acesso à explicação da hospitalização involuntária, isto é, internação sem o consentimento do sujeito louco. Novamente é interessante flagrar o movimento discursivo da lei, que troca construções de cunho aparentemente “negativos” – como “não” manicomiais e “extinção” – por elementos “afirmativos” – como “direito” e “esclarecer” –, como se estivesse defendendo o sujeito por ela interpelado. Ao contrário, como vemos, não há um discurso contrário à internação, que tente pôr um fim a essa prática. Em seguida, pontua-se que o tratamento acontecerá pelos *meios menos invasivos possíveis*. Notemos que dizer “menos invasivos possíveis” abre brechas para meios que são sim invasivos, pois não é uma afirmação categórica sobre um tratamento que não será invasivo, não é uma proibição de tratamentos invasivos; afirma-se, apenas, que farão um esforço para que não seja *tão* invasivo. Por fim, afirma-se que o sujeito será tratado “preferencialmente” em serviços comunitários. Novamente: é uma *preferência*, não uma necessidade ou obrigação. Coloca-se os serviços substitutivos como uma possibilidade e os hospitais psiquiátricos como outra. Mais uma vez, deixa de lado a extinção dos manicômios brasileiros.

A partir dos enunciados selecionados, podemos perceber que, enquanto o projeto deixa claro o objetivo de acabar progressivamente com os hospitais psiquiátricos e com características manicomiais, a lei permite o tratamento nos

hospitais psiquiátricos como uma alternativa, sempre como uma opção possível, sem legislar sobre o fim do manicômio ou da internação compulsória. No entanto, ainda que a lei seja diferente do projeto e distante da Luta Antimanicomial, é um marco legal no campo da saúde mental brasileira. Embora o projeto inicial tenha sido mudado drasticamente, a lei ainda se constitui como um ganho para essa área, pois estabelece direitos aos internos, que antes não possuíam nenhum. Os hospitais psiquiátricos não foram fechados, mas a internação deixou de ser a primeira opção e passou a ser a última após os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e, além disso, ficou vedada a internação em “instituições com características asilares”.

Anos antes da aprovação da lei, em 1995, em seu texto *Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica*, Amarante já apontava que havia pessoas contrárias à reforma psiquiátrica, principalmente aqueles que lucravam com os manicômios, com essa verdadeira indústria da loucura:

Alguns destes empresários, movidos pela ameaça que representa a reforma psiquiátrica, e não apenas o projeto Paulo Delgado, vêm aterrorizando familiares, deturpando os princípios da reforma, dizendo-lhes que o que se propõe é o fechamento dos hospícios e a devolução dos internos aos familiares ou o abandono dos mesmos nas ruas (AMARANTE, 1995, p. 493).

Os discursos contrários à Reforma Psiquiátrica e à Luta Antimanicomial não cessam aí. Eles cresceram cada vez mais nos anos seguintes, momento que começa a Contrarreforma Psiquiátrica (CP) Brasileira – que, como já apontamos, é um período marcado por diversos discursos, muitos dos quais jurídicos, que vão contra o que fora proposto pelos movimentos anteriormente mencionados. Analisemos agora os discursos jurídicos desse período histórico.

Ao analisar os discursos legais da CP, observamos discursos recorrentes e selecionamos três formações para análise: (1) dispositivos de controle dos corpos; (2) “novidade” como “tratamento”; e (3) como a designação forja diferentes sujeitos “loucos”. Como explicamos na seção seguinte, os dispositivos de controle dos corpos se materializam, principalmente, de duas formas – internação em hospitais psiquiátricos e uso/financiamento da Eletroconvulsoterapia (ECT). Já quando falamos em “novidade” como “tratamento” nos referíamos a enunciados que reforçam a ideia de que algo novo na vida do louco – seja um “novo” tratamento, uma “nova” forma de cuidado, uma “nova” organização ou até mesmo um “novo” estilo de vida – seria o

tratamento indicado para ele. Por fim, o ponto (3) analisa a forma como o “louco” é designado nos discursos jurídicos analisados, desde como “portador de transtorno mental” até “pessoa em situação de vulnerabilidade”.

4.1. DISPOSITIVOS DE CONTROLE DOS CORPOS

Conforme já dissemos na Introdução, nosso arquivo era constituído de diversos textos jurídicos. Contudo, para que esse estudo de Mestrado pudesse ser concluído, após uma primeira análise, selecionamos quatro desses textos, sendo eles: uma portaria de 2017, uma portaria de 2018 (ligada ao Código de Ética das Comunidades Terapêuticas), uma nota técnica de 2019 e uma lei de 2024 – esta última passou a integrar nosso arquivo na reta final da pesquisa.

Como já vimos, para Foucault, vivemos em uma “sociedade disciplinar”, na qual há uma constante tentativa de controlar o indivíduo, seja o funcionário na fábrica, a criança na escola ou o louco no hospício. Também como vimos, principalmente a partir do Alienismo, o louco começou a ser entendido como alguém perigoso, que deve ser internado. Isso quer dizer que, junto à justificativa de que haveria um tratamento dentro dos hospitais psiquiátricos, a periculosidade também passou a ser ponto central para o enclausuramento “disciplinador” desses indivíduos. Como apresentado no capítulo 4, essa tentativa de enclausurar o louco está presente nos discursos jurídicos analisados. A ação de internar e “tratar” o paciente à força é mais uma tentativa de controlar o corpo do louco.

A primeira sequência discursiva (SD)¹⁴ a ser analisada foi retirada da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que dispõe sobre mudanças na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), da qual passa a integrar o hospital psiquiátrico. A RAPS tem (ou tinha) como objetivo ser um serviço substitutivo, ou seja, ele substituiria o hospital psiquiátrico, o que auxiliaria na diminuição de pessoas internadas nesses hospitais. No entanto, de acordo com a própria portaria, o hospital psiquiátrico passa a fazer parte da RAPS. Como bem traduziu Costa e Mendes (2020), “[n]ão há, portanto, mais serviços e níveis substitutivos (afinal, eram substitutivos ao HP); são todos complementares.” (COSTA, P.; MENDES, K., 2020, p. 49). Afinal, o serviço que

¹⁴ Nos valem aqui do termo “sequência discursiva” (doravante SD), ainda que este seja mais recorrente na AD pecheutiana. Além disso, optamos por essa nomeação e divisão de SD1, SD2, SD3 etc. por uma questão de organização do trabalho.

deveria contribuir para um menor número de internações, que funcionaria como um modelo de atenção psicossocial fora do hospital psiquiátrico passou a trabalhar junto com aquele que deveria substituir. Nesse sentido, Chagas e Brutti (2019) afirmam que a portaria 3.588 ataca "[...] um dos principais pontos da Lei que embasa [sic] a Reforma Psiquiátrica Brasileira - Lei nº 10.216/2001, qual seja: a admissibilidade da internação hospitalar apenas como último recurso terapêutico" (2019, p. 3), pois agora o hospital psiquiátrico (e, conseqüentemente, a internação) faz parte do serviço que fora criado para substituí-lo.

Analisemos, então, a SD1:

| Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 | |
|--|---|
| SD1 | <p>Art. 59. A distribuição do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospitais Geral) observará os seguintes parâmetros e critérios: I - o número de leitos de atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas não deverá exceder o percentual de 20% (vinte por cento) do número total de leitos do Hospital Geral; II - cada unidade de enfermaria não poderá ultrapassar o máximo de 30 leitos; e III - os Planos de Ação Regionais da RAPS que ultrapassarem os parâmetros dos incisos I e II acima poderão ser aprovados, em caráter de excepcionalidade, após justificativa pelo gestor estadual ou municipal à Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas da Secretaria de Atenção à Saúde (Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS), que levará em conta os Planos Regionais de Ação da RAPS e suas particularidades.</p> <p>(NR)</p> |

Nessa SD, fala-se sobre o número de leitos dedicados à internação de *pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas* em hospitais gerais. Ou melhor, não se fala em “internação”, mas em “atenção”, para se referir à função dos leitos. Ainda que o leito, em um hospital

psiquiátrico, tenha como principal função internar o indivíduo, a portaria prefere falar em “leitos de atenção”, buscando um efeito de maior cuidado para com o interno.

Note que não se fala em aumentar o número de leitos, apenas que o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais *não deverá exceder o percentual de 20%*. No entanto, ao se fazer uma genealogia dessa portaria, vemos que esse número era de 15% da capacidade total. Assim, como afirmado por Chagas e Brutti: “estas alas que anteriormente não poderiam ultrapassar 15% do espaço total do hospital, agora podem chegar a 20%” (CHAGAS, G.; BRUTTI, T., 2019, p. 6). Isso mostra como toda a ideia de um limite imposto, um cuidado para impedir algum crescimento, todas as negativas como se os leitos psiquiátricos fossem “apenas 20%”, na verdade, mascaram um aumento de leitos para internar novas pessoas em hospitais gerais.

Para falar dos limites de porcentagem ou do número de leitos máximos que poderão ser ocupados, há uma negação enfática, tanto com o uso do advérbio de negação “não”, quanto com o uso dos verbos “dever” e “poder” no futuro, o que cria um efeito de uma maior assertividade para a afirmação. Além disso, diz-se *não deverá exceder e não poderá ultrapassar*, mas, em seguida, afirma-se que os planos de ação que ultrapassarem esses números *poderão ser aprovados*, indicando, agora, uma possibilidade, que apaga a marca da necessidade negativa.

Ainda nessa portaria, propõe-se que:

| Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 | |
|--|---|
| SD2 | O repasse do incentivo financeiro de custeio instituído no art. 1033 fica condicionado a: [...] II - taxa de ocupação mínima de 80%." (NR)" |

É interessante analisar essa SD ressoando com a primeira para vermos como a recorrência em se cercear máximos e mínimos escamoteia possibilidades e interesses econômicos. Neste caso em análise, só haverá financiamento se 80% dos leitos estiverem ocupados, o que incentiva um aumento de internações: é necessário quase que lotar os leitos para que haja financiamento.

Assim, a partir dessa portaria, temos a inclusão do hospital psiquiátrico na RAPS – que deveria substituí-lo, e não o complementar – e um aumento de leitos para internação psiquiátrica – com incentivo financeiro para que haja mais internações. Nesse sentido, para Guimarães e Rosa, o que temos, na prática, são “[...] mini

hospícios nos hospitais gerais, acarretando a multiplicação de internações, com menos investimentos em estratégias de reabilitação psicossocial (GUIMARÃES. T.; ROSA, L., 2019, p.124).

Agora vejamos como em 2019 foi publicada uma nota técnica que também incentiva a internação.

| NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS | |
|--|--|
| SD3 | <p>Outro grave problema a ser enfrentado é a falta de leitos psiquiátricos especializados e atendimento qualificado nos hospitais. A escassez de leitos para a prestação de assistência aos pacientes é bastante preocupante, e o Ministério está atento a esta questão. [...] O Ministério da Saúde passa a expandir os leitos qualificados em Hospitais Gerais, dentro de Unidades Psiquiátricas Especializadas. [...] Vale ressaltar que a desinstitucionalização dos pacientes moradores de Hospitais Psiquiátricos continua sendo incentivada pelo Governo Federal, que não entende esses Serviços como locais de moradia de pacientes. Entretanto, a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos. O Brasil conta hoje com uma cobertura deficitária nesta modalidade assistencial. [...]. Tal cenário é fruto direto dos equivocos de fechamento de leitos psiquiátricos no Brasil, nas últimas duas décadas principalmente.</p> |

Nessa nota técnica, a *falta de leitos* aparece como *um grave problema a ser enfrentado*, e de que o Ministério se coloca *atento*. Vemos que a ideia de carência é reforçada na “falta”, “escassez”, ainda no mundo matemático dos máximos e mínimos, como na SD1. Mais do que isso, ao colocar a falta de leitos como um problema, o discurso da nota técnica vai contra o ideário da Luta Antimanicomial, que tinha como principal objetivo o fechamento dos leitos e dos hospitais psiquiátricos. A partir dessa concepção repisada de “não” existir, o Ministério da Saúde começa a *expandir* os leitos em hospitais gerais – o que, mais uma vez, significa um aumento de pessoas internadas e a volta do modelo manicomial.

Em seguida, por meio da locução verbal *vale ressaltar*, a nota técnica introduz uma nova informação: por mais que estejam aumentando os leitos, a

desinstitucionalização continua a ser incentivada. Nesse momento temos uma continuidade discursiva que retoma o discurso da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, pois a desinstitucionalização é incentivada por ambos os movimentos. No entanto, segue-se uma conjunção adversativa (“entretanto”) que introduz uma ideia oposta ao que se acaba de dizer. De fato, uma ideia oposta à própria noção de desinstitucionalização, entendendo como “equivoco” fechar leitos e hospitais psiquiátricos. Dessa forma, ao mesmo tempo que há um discurso alinhado à Reforma Psiquiátrica e à Luta Antimanicomial, há outro, na maior parte das vezes, que lhe é contrário.

Ainda nessa nota técnica afirma-se o seguinte:

| NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS | |
|--|---|
| SD4 | <p>Vale frisar que não há qualquer motivo para privar o paciente com transtorno mental de uma Rede potente, poligárquica, com serviços de diferentes níveis de complexidade integrados e articulados. [...] É importante ressaltar que a RAPS está sendo expandida e fortalecida, sem prejuízo de nenhum de seus componentes, mantendo a política de assistência comunitária, no território, com intervenções o menos invasivas possíveis e mantendo também as ações de desinstitucionalização (saída de moradores de Hospitais Psiquiátricos). Não cabe mais a ideia de que Hospitais Psiquiátricos devem abrigar moradores. Porém, também não cabe mais a ideia de que tais Serviços devam ser fechados. Os Hospitais Psiquiátricos devem ter qualidade para receber pacientes para internações humanizadas e com vistas ao seu retorno para Serviços de base territorial, assim que possível.</p> |

Novamente há um “vale” frisar e um “é importante” ressaltar. E adiciona-se a informação de que a RAPS está sendo *expandida e fortalecida* sem qualquer tipo de prejuízo para seus “componentes”. Assim, reafirmam a “preocupação” em ser o *menos invasivo possível*, criando brechas para que se invada *mais*.

Além disso, retomam o tema da desinstitucionalização, que também vimos na SD3, de uma forma bastante interessante, pois, em um parêntese explicativo, definem-na como “saída de moradores de Hospitais Psiquiátricos”. Note que temos

na SD4 a mesma construção que na SD3. Após falar sobre incentivar ou manter a desinstitucionalização, aparece uma conjunção adversativa. Na SD3 temos “entretanto” e aqui, na SD4, temos “porém”. Dessa forma, tanto na SD3 quanto na SD4, após a afirmação do compromisso com a desinstitucionalização, há uma frase adversativa que marca uma clara oposição ao fechamento de leitos psiquiátricos, sendo que esses dois temas (desinstitucionalização e fechamento de leitos e hospitais psiquiátricos) andam de mãos dadas na Luta Antimanicomial, já que um complementa o outro: desinstitucionalizar para fechar os leitos. Após falar que os hospitais psiquiátricos não serão mais fechados, utiliza-se termos positivos para caracterizar os serviços ali prestado como *qualidade para receber os pacientes e internação humanizada*. As palavras *qualidade* e *humanizada* criam um efeito de sentido positivo para as internações.

Por fim, destaca-se uma nítida diferença na forma de afirmar, ou modalizar, quando se se refere ao fechamento de hospitais psiquiátricos e aos meios invasivos de tratamento. Quando se fala em fechar os leitos, a afirmação é categórica pela negação absoluta: *não cabe a ideia*. Os termos que negam o fechamento de leitos ou que apoiam a presença dos hospitais psiquiátricos na RPS são assertivos, não há espaço para dúvida. Em contrapartida, ao falar dos meios invasivos de tratamento, assim como na lei 10.216/2001, fala-se de *intervenções o menos invasivas possíveis*, isto é, há possibilidade de que haja intervenções invasivas. Portanto, fechar leitos não é uma possibilidade, é uma certeza, mas tratar o paciente com meios invasivos é.

A partir do exposto, nota-se uma constante menção à necessidade de aumento de leitos em hospitais psiquiátricos, retomando, assim, os discursos de internação e isolamento. Lembrando Lima Barreto (1993), esse tipo de tratamento, que foi o que ele recebeu enquanto esteve internado, é o mesmo feito na Idade Média; ele escreve: “[...] o nosso sistema de tratamento da loucura ainda é o da Idade Média: o sequestro” (BARRETO, 1993, p. 57). Isso é um exemplo de como a ideia de segregar o louco é tão antiga e tão atual ao mesmo tempo. Foi assim desde a Idade Média e ainda é assim até hoje. Segrega-se o sujeito com transtorno mental como se isso fosse um bem para ele. Tiram-lhe o direito de ir e vir, punindo-o por um estado mental que não foi sua escolha. É uma punição sem crime. É tratá-lo como criminoso sem que tenha cometido algum crime.

Argumentos para a volta da internação e do modelo manicomial são tão atuais e recorrentes que estão presentes em uma lei votada e aprovada em 2024, a Lei N. 11.134, de 01 de março de 2024, válida na cidade de Florianópolis. Nessa lei, indica-se a internação para a população em situação de rua, mesmo que de forma involuntária. A lei se aplica a pessoas em situação de rua em Florianópolis que sejam: pessoas com dependência química crônica, com prejuízos a capacidades mental; pessoas em vulnerabilidade e pessoas incapazes de emitir opiniões ou tomar decisões, por consequência de transtornos mentais pré-existentes ou adquiridos.

No artigo 1, afirma-se que a lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial e que institui o tratamento por meio da internação humanizada de pessoas com dependência química e/ou transtornos mentais. Desse primeiro artigo, seguem-se os seguintes parágrafos:

| LEI N. 11.134, DE 01 DE MARÇO DE 2024 | |
|---------------------------------------|---|
| SD5 | <p>§1º É direito das pessoas em situação de vulnerabilidade ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.</p> <p>§2º A internação humanizada possui a finalidade de realizar o atendimento integral e especializado multidisciplinar, e que oportunize ao paciente o restabelecimento de sua saúde física e mental, a autoestima e o bem-estar, o reinserido ao meio social, familiar e econômico. [...]</p> |

Posteriormente, segue o artigo 2:

| | |
|-----|--|
| SD6 | <p>Art. 2º Para fins desta Lei considera-se como internação humanizada toda aquela realizada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. §1º A internação humanizada pode se dar com ou sem o consentimento da pessoa.</p> |
|-----|--|

Tanto a SD5 e a SD6, respectivamente dos artigos primeiro e segundo da lei 11.134, de 01 de março de 2024, repetem a questão da internação humanizada. A lei dispõe sobre internação e até mesmo internação involuntária, mas, para falar dessas internações, são utilizadas palavras com um teor positivo: *direito, humanidade, respeito, beneficiar, recuperação, humanizada, que oportunize, saúde, autoestima e bem-estar*. Todos esses termos criam um efeito de algo bom para a pessoa que será internada. Coloca-se como se a internação fosse um direito, algo que foi conquistado. Ao mesmo tempo, ela pode acontecer de forma involuntária, o que está longe da conquista e perto de uma obrigação. Ainda se caracteriza essa internação como humanizada e respeitosa, e cujo objetivo é apenas beneficiar a saúde do indivíduo. Além disso, afirma-se constantemente que o propósito da internação e do tratamento é a inserção no meio social, familiar e econômico. Essa perspectiva muito se assemelha aos pensamentos do Alienismo, pois, como vimos, acreditava-se que, para o alienado voltar a viver em sociedade, ele precisava ser internado para recobrar sua razão – e só então poderia viver livre novamente. Assim: aprisionar para “libertar”. E, ainda, coloca a inserção no meio econômico como um dos propósitos da internação, o que se relaciona com a concepção de louco como aquele que é ocioso e que não produz nada. Logo, estar curado significa voltar a produzir, ser capaz de produzir. A ociosidade é uma doença no contexto sociopolítico em que vivemos. A relação trabalho/produção econômica e loucura também não é nova. Vimos que ela está presente desde pelo menos o Alienismo, inclusive tendo o trabalho como uma das formas de tratamento. Além disso, vimos também como essa questão era central no funcionamento dos hospícios brasileiros denominados de “colônias”.

Por fim, na SD5 afirma-se que essa *internação humanizada* poder acontecer *sem o consentimento* da pessoa. Novamente testemunhamos duas ideias contrárias postas lado a lado, como se se complementassem, e não se chocassem. Afinal, como se dá uma internação *humanizada* sem que o internado queira estar lá? Essa internação *humanizada* fere um dos princípios básicos dos direitos *humanos*: o direito de ir e vir. Se perante a lei somos todos iguais, todos *sujeitos de direito*, por que alguns não têm direito a escolher ser ou não internados? Quando o indivíduo é considerado *louco*, ele perde seus direitos *humanos*? Ele deixa de ser um sujeito de direito? No Alienismo, aquele considerado “despossuído de razão” não podia ser considerado “cidadão” e, por isso, não tinha os mesmos direitos daqueles que eram assim

considerados. Dessa forma, o discurso jurídico da Contrarreforma Psiquiátrica se aproxima, mais uma vez, ao dessa teoria. Como vimos em *A ordem do discurso*, de Foucault, um dos procedimentos que regulam o discurso é a segregação, como a que acontece com o discurso do louco. Aqui o mesmo se repete com a internação compulsória: o discurso do louco é anulado, enquanto o discurso da lei prevalece; pois, mesmo que o louco não queira ser internado, ele o será. O discurso do louco não tem poder, não tem verdade – ele é desconsiderado e segregado.

Além da internação, outro dispositivo enunciado recorrentemente que pode ser relacionado ao controle dos corpos é o uso da Eletroconvulsoterapia (ECT). Silva (2012) nos conta que, a princípio, a ECT tinha como objetivo, assim como alguns outros tratamentos, gerar uma convulsão no paciente porque se acreditava que pacientes que tinham epilepsia não tinham esquizofrenia – afinal, as convulsões causadas pela epilepsia eram incompatíveis com a presença de certos transtornos mentais. Por isso, usavam a ECT como forma de causar convulsões para inibir esses transtornos.

Entretanto, como é sabido, a ECT era usada por outros motivos além de um possível tratamento. Como mostrado por Arbex (2014) e Silva (2012), o choque elétrico deixava os pacientes atordoados por certo período de tempo, o que fazia com que eles se "acalmassem" e ficassem quietos. Assim, a ECT não está relacionada apenas a uma possível forma de tratamento, mas também a uma forma de controlar os corpos dos indivíduos, deixá-los dóceis e mansos. Além disso, uma sessão de ECT podia (e pode) causar "[...] perda de memória, hematomas, lesões, fraturas causadas pelos espasmos advindos do choque, quando não era o caso de óbito" (SILVA, J., 2012, p.37-38). Silva (2012) considera que, por mais que a ECT tenha surgido com o objetivo de tratar, o que o eletrochoque produziu se afasta muito de qualquer tipo de cura. Novamente nos lembremos de Lima Barreto, que nos conta que levou choques durante o período em que esteve internado. Para ele, esses choques eram semimorais, assim como outras tantas humilhações que viveu naquele local: "Eu queria um grande choque moral, pois físico já os tenho sofrido, semimorais, como toda espécie de humilhações também" (BARRETO, Lima 1993, p. 32).

Ainda que a eficácia do uso de ECT seja uma discussão em aberto, embora suas evidências maléficas históricas e morais estejam bem consolidadas, a Nota Técnica Nº 11/2019 indica o procedimento como um tratamento efetivo.

| NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS | |
|--|--|
| SD7 | 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 . Como exemplo, há a Eletroconvulsoterapia (ECT), cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, no item 11711. Desse modo, o Ministério da Saúde passa a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes que [sic] apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas [...] |

Nessa sequência discursiva, a ETC é discursivizada como *tratamento efetivo* e *melhor aparato terapêutico*. E, por ser considerada, nesse texto, um bom tratamento para os *pacientes com transtornos mentais*, o equipamento passa a ser financiado pelo Ministério da Saúde. No entanto, historicamente o uso da ETC é uma discussão sem fim: não há comprovação de bons resultados – mas há, por outro lado, uma profunda discussão sobre seus danos colaterais, tanto físicos como morais. Segundo Silva (2012), a eficácia da ECT é questionável “[...] seja pelos resultados insatisfatórios em termos de melhoria do paciente a curto e longo prazo, seja em relação aos graves efeitos colaterais, seja face a um questionamento da própria metodologia de avaliação de resultados.” (p. 51). Para Amarante (2019), o dinheiro investido nesses equipamentos e na preparação de profissionais para utilizá-los poderia ser investido em outras áreas do SUS, e o fato de priorizar e investir recursos na compra de ECT só indica que há uma pressão da indústria de equipamentos médicos. Com Foucault, vemos que os discursos pelo que é “melhor”, pelo que se inscreve no verdadeiro são fruto de disputas de poder – no caso, também de interesses econômicos. Com isso, pode-se questionar: por que não investir na Rede de Atenção Psicossocial ou em outros recursos extra-hospitalares, mas sim em aparelhos de eletroconvulsoterapia e em aumento de leitos em hospitais psiquiátricos? Percebe-se, portanto, como o livre mercado faz voltar antigos discursos – neste caso, reinscrevendo esse tipo de tratamento como possível prática de cura.

Conforme já citamos Amarante aqui e antes, há os que lucram com esse maquinário exploratório da loucura – ou o que estamos chamando aqui, com Foucault, de dispositivos de controle dos corpos. Vimos, portanto, esses dois meios de tratamento que estão sendo muito indicados no discurso jurídico, mas que estão relacionados não só ao tratamento físico, mas, também, moral: isolar o louco da sociedade e lhe dar choques. Nesse sentido, a recorrência da afirmação desses dispositivos nos aponta para uma formação discursiva que retoma discursos já-ditos da Idade Média, do Alienismo e da Grande internação, ao mesmo tempo que vai contra a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial. Uma formação discursiva que trata o louco como uma coisa a ser segregada, internada; uma vez que coisa, pode-se fazer sofrer convulsões. Mas não apenas: o louco é, também, uma mercadoria – a máquina de fazer loucos é um negócio lucrativo.

4.2. O “NOVO” COMO “TRATAMENTO”

O segundo gesto que flagramos está na repetição da ideia de algo “novo”. Em alguns dos discursos analisados está presente uma noção de que há algo novo ou de que é necessário que haja uma mudança: nova forma de tratamento, novo estilo de vida, nova organização. Tanto assim que a portaria nº 3.449, de 25 de outubro de 2018, institui um comitê que envolve “[...] a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas” (BRASIL, 2018, p. 1). A partir dessa portaria, as Comunidades Terapêuticas (CTs) começam a fazer parte do sistema de saúde brasileiro, tendo como objetivo tratar (e internar) “pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”. Essa portaria, então, nos levou ao Código de Ética das Comunidades Terapêuticas da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT).

Apesar de o Código de Ética não ser considerado um discurso propriamente jurídico, ele funciona como tal, uma vez que o tratamento feito pelas CTs tem amparo legal e, ainda, está incluso no SUS. Assim sendo, o Código de Ética tem força de lei, pois ele determina o tipo de tratamento que acontecerá dentro das CTs – e estas, por sua vez, fazem parte da legislação brasileira sobre o cuidado da saúde mental. Além disso, no estatuto da Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas, afirma-se que essa federação tem como uma de suas finalidades: “[a]poiar, monitorar,

coordenar atividades, gerenciar, planejar e executar ações referentes ao planejamento, desenvolvimento e execução de políticas públicas;" (FEBRACKT, 2018, n.p.) – o que reforça a sua força de lei. Dito isso, analisemos o Código de Ética da FEBRACKT.

Antes de entrarmos na análise da SD8, é válido ressaltar que o nome “Comunidades Terapêuticas” já existia, mas se referia a uma das experiências de reforma psiquiátrica que mencionamos na seção sobre a Reforma Psiquiátrica. Aquela Comunidade Terapêutica – que buscava uma forma de constituir o hospital que não fosse hierarquizado – não tem nenhuma relação com as CTs brasileiras atuais. Conforme Amarante, a Comunidade Terapêutica pioneira

[...] não tem nenhuma relação com as atuais ‘fazendas’ e ‘fazendinhas’ de tratamento de dependência a álcool e drogas, geralmente de natureza religiosa, que se denominam – de forma oportunista e fraudulenta – “comunidades terapêuticas” para ganharem legitimidade social e científica. (AMARANTE, 2013, p. 55)

As Comunidades Terapêuticas atuais surgem como um “novo modelo” ou uma “nova forma” de cuidar das chamadas “pessoas com transtorno mental” e que possuem “necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”. A proposta é ser um local de internamento temporário que “acolha” os indivíduos, principalmente os usuários de drogas ou com transtorno mental decorrente do uso de drogas. A característica que mais chama a atenção de estudiosos da área da saúde mental é a proposta da religião como parte do tratamento. Fossi e Guareschi (2015) consideram que as Comunidades Terapêuticas são instituições de caráter confessional, “[...] em que a religião é imposta como a principal estratégia de tratamento, independentemente das convicções religiosas do indivíduo anteriores ao ingresso nela” (FOSSI, L.; GUARESCHI, N., 2015, p. 95-96). Isso quer dizer que, além de trazer a religião para o campo da saúde, ainda é uma crença incutida, como uma aplicação de uma pena. Costa e Mendes consideram que os três pilares das CTs são: laborterapia, disciplina e religiosidade – além de se pautarem na obrigatoriedade da internação.

Analisemos, agora, a SD8, trecho retirado da seção sobre os princípios fundamentais das CTs.

| Código de ética da FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS | |
|---|---|
| SD8 | <p>PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS</p> <p>1.1 Todas as atividades desenvolvidas nas Comunidades Terapêuticas devem ser baseadas no respeito à dignidade da pessoa humana.</p> <p>[...]</p> <p>1.5 Reconhecimento da espiritualidade, como recurso terapêutico que poderá ser desenvolvido nos acolhimentos, como elemento edificante no processo terapêutico, sem a imposição de crenças religiosas.</p> <p>1.6 Promoção do desenvolvimento pessoal, pautado na construção de um novo estilo de vida.</p> <p>[...]</p> <p>1.8 Promoção da inserção ou reinserção do acolhido no mercado de trabalho através da promoção de atividades de capacitação e formação.</p> <p>1.9 Auxílio no desenvolvimento de habilidades para superação de padrões comportamentais nocivos para si mesmo e/ou para outros.</p> <p>1.10 Projeto Terapêutico baseado em evidências científicas.</p> |

Assim como outros discursos jurídicos, a primeira coisa que chama a atenção é a insistência no uso de expressões de teor positivo: *respeito, dignidade, reconhecimento, acolhimentos/acolhido, construção, novo estilo e superação*. A repetição desse *discurso positivo* cria o efeito de algo que será bom. Esses termos ajudam a formar uma imagem de “bom lugar” e “bom tratamento” que as CTs querem passar.

No princípio 1.5, já é elencada uma “novidade” no tratamento das CTs: a espiritualidade como parte do processo terapêutico. Porém, afirma-se que, por mais que a espiritualidade seja considerada como recurso terapêutico, *não há imposição de crença religiosa*. Ainda nesse princípio, o internamento dentro das CTs é colocado como *acolhimento*, ou seja, o indivíduo não é internado, mas acolhido.

Esses dois pontos, religião e acolhimento, não são novos no tratamento do louco. Por mais que eles apareçam discursivizados como um acontecimento disruptivo, como parte de uma nova e revolucionária forma de cuidado, eles já estavam presentes desde a Idade Média, período no qual a igreja ficava responsável

pelo cuidado dos doentes e desabrigados. Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. De acordo com Amarante (2013), o hospital foi criado inicialmente na Idade Média como instituição de caridade, tendo como objetivo oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes. Nessa época os hospitais eram dirigidos por religiosos a quem cabia desde assegurar a vida cotidiana do hospital até alimentar as pessoas internadas e garantir a salvação dos doentes. O hospital não era um local de cura, e sim de caridade. Sendo um lugar de caridade, ao ser caridoso e ajudar os mais necessitados, as pessoas que cuidavam dos internos asseguravam a sua própria salvação eterna – já que fizeram caridade, assim como manda a Igreja. Dessa forma, a salvação era dupla: “[a]ssegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação do pessoal do hospital que cuidava dos pobres” (FOUCAULT, 2018 [1978], p. 175). Como se vê, na Idade Média o cuidado com os pobres e loucos era feito por meios religiosos com a intenção de acolhê-los, como pode ser visto também nos princípios das CTs atuais. Assim, vemos retornar um discurso já dito, em uma continuidade histórica.

Já no ponto 1.6, propõe-se o desenvolvimento de um *novo estilo de vida*. Propor um novo estilo de vida do paciente internado significa que haverá uma definição de qual estilo de vida deve ou não ser seguido. Como vimos, Foucault entende que essa ideia de “modo de vida” está relacionada à produção da verdade em uma sociedade. Nós produzimos a verdade, e esse “discurso verdadeiro” produz efeitos de poder que, por sua vez, ditam como devemos nos comportar e agir, e qual modo de vida devemos seguir. Levando em conta a história sociopolítica em que estamos inseridos e o discurso produzido no princípio 1.8, é possível entender que *novo estilo de vida* é esse. O novo(?) estilo de vida está relacionado ao fortalecimento da ideologia neoliberal, aquela que foca na produção e na geração de lucros. Nesse princípio, coloca-se o trabalho como objetivo final do tratamento: cura-se para trabalhar, para se estar apto a produzir.

O princípio 1.9 ratifica a ideia de *novo estilo de vida* quando fala de *superção de padrões comportamentais*. Contudo, adiciona uma nova informação: padrões comportamentais que são *nocivos para si mesmo e/ou para outros*. Como já vimos, essa ideia de *comportamento nocivo* é cara ao Alienismo, que impulsionou a ideia de “louco perigoso”. A concepção do louco como aquele que tem comportamento

nocivo/perigoso já foi dita e redita diversas vezes. De fato, esse discurso do louco como perigoso foi um dos que mais justificaram o seu encarceramento. Afinal de contas, se o louco é perigoso para a sociedade, então ele deve ser retirado dela.

Por fim, para legitimar o seu discurso e mostrar uma busca pelo “melhor e mais atual” tratamento, afirma-se que o Projeto Terapêutico é *baseado em evidências científicas*. Sem dizer que evidências são essas, o texto tenta conferir, assim, uma suposta veracidade científica para tudo o que fora dito. Mais uma vez, com Foucault, podemos reconhecer um movimento de buscar se colocar no verdadeiro, no discurso indubitável da ciência.

Para Fossi e Guareschi, as CTs, em sua estrutura e funcionamento, organizam-se e articulam-se como cadeia, igreja e hospital psiquiátrico. Para as autoras, as CTs

[...] não podem ser caracterizadas unicamente nem como cadeia, nem como igreja, nem como hospital psiquiátrico, mas, justamente, é na articulação do funcionamento destas três instituições que elas encontram sua especificidade – que mais se aproxima dessas três instituições do que dos serviços que preconizam os princípios do SUS. (FOSSI, L.; GUARESCHI, N., 2015 p. 103-104)

Essa ideia do “novo” não está ligada somente à saúde mental, mas a distintas áreas devido ao contexto sociopolítico que estamos vivendo. Segundo Costa e Mendes (2020), nesse período de neoliberalismo, contrarreforma(s) passa(m) a ser chamada(s) de reforma(s), dado o sentido progressista do termo, vinculado aos anseios e às lutas das camadas subalternas por mudanças. E é o que acontece com as CTs: pregam um discurso de novo, humanizado e acolhedor, enquanto o que há é um “[...] movimento de recrudescimento da mercantilização e privatização da saúde, juntamente da manicomialização e fundamentalismo religioso” (COSTA, P. E MENDES, K., 2020, p. 53-54). Também para Siqueira (2010), as CTs, assim como as cadeias e os hospitais psiquiátricos, são lugares que desempenham funções de “controle da sociedade”.

Controlá-los por meio de leis que estão estruturadas nos princípios morais e não naturais. Dessa forma, há uma produção de sujeitos com identidades padronizadas em que a individualidade, a subjetividade e as diferenças não são respeitadas, sendo deslocados para esses espaços que vão, por sua vez, oferecer a garantia de que essas diferenças continuarão a não ser vistas. (SIQUEIRA, 2010, p. 67)

Dessa forma, vemos que as CTs que prometem um tratamento “novo” apenas retomam velhos discursos que fazem parte de nossa memória discursiva. A ideia do “novo” está presente também na seguinte nota técnica:

| NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS | |
|--|---|
| SD9 | A construção de uma rede de assistência segura, eficaz e humanizada às pessoas com transtornos mentais tem sido um processo contínuo . [...] Estamos em um processo evolutivo de reforma do modelo de assistência em saúde mental, que necessitava de aprimoramentos , sem perder a essência de respeito à lei 10.216/01 |

Na sequência discursiva SD9, retirada da Nota Técnica 11/2019, fala-se de uma rede de assistência *segura, eficaz e humanizada*, que precisa de *aprimoramentos*. Propõe-se uma *reforma* no modelo de assistência, com o objetivo de melhorá-lo, reformá-lo, aprimorá-lo, torná-lo melhor. Isto é, um *novo* modelo de assistência e uma *nova* forma de cuidado. Entretanto, outras sequências discursivas dessa mesma nota técnica já foram analisadas neste trabalho – e, como pudemos observar, é nela que se apoia reiteradamente o aumento dos leitos em hospitais psiquiátricos, que se indica a ECT como parte do tratamento no SUS e, ainda, faz oposição ao fechamento de hospitais psiquiátricos. Conforme discutimos, são discursos que vão contra a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, ao mesmo tempo que dão continuidade a outros discursos reconhecíveis no trabalho genealógico de análise discursiva. Em suma, não há nada de “novo” ou “evoluído” nessas CTs; apenas uma (re)combinação de discursos já-ditos e práticas já-feitas.

4.3. DESIGNAÇÕES DO LOUCO

Como nossa análise dos discursos jurídicos sobre o louco está mostrando, o discurso do louco sofre segregação e é apagado. Na materialidade do texto jurídico, o louco não fala, mas fala-se por ele – e, principalmente, sobre ele –, afinal, no discurso jurídico ninguém fala, ninguém tem voz. Nos textos jurídicos, o louco é designado de distintas maneiras, criando subjetivações diversas. Nas formas de nomear esses indivíduos criam-se identidades para eles: ora portadores de transtornos, ora pacientes, ora acolhidos.

Já vimos que a mudança na forma de nomear os loucos não é algo recente. Eles já foram chamados de distintos nomes: “profetas”, “alienados”, “degenerados”, “doentes” etc. Essa constante mudança ainda perdura. Claro está que a modificação na forma de nomeá-los revela uma transformação no modo de entendê-los ao longo da história, uma vez que as alterações ocorrem a partir dos saberes e poderes forjados em cada momento histórico. Eles eram profetas na Idade Média, alienados no Alienismo, degenerados segundo a Teoria da Alienação e doentes para a medicina. A ação de nomear alguém não é aleatória, não é involuntária, não é uma escolha neutra e sem significado, mas é sempre a materialização de um desejo, de uma ideologia, de uma luta de poderes. Dessa forma, vamos analisar como os loucos são nomeados nos textos do nosso *corpus*.

Nossa metodologia aqui foi colher (e enquadrar) toda forma de se dirigir ao louco que encontramos em nosso *corpus*. A seguir, apresentamos os quadros resultantes dessa investigação. Apenas como critério ordenador, essas nomeações foram apresentadas de acordo com a cronologia da aprovação dos textos jurídicos. Assim, a ordem foi: Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017; Código de ética da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (levando em conta sua relação com a Portaria nº 3.449, de 25 de outubro de 2018); Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS; e, por fim, a Lei n. 11.134, de 01 de março de 2024.

| Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pessoas portadoras de transtornos mentais • Pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. • Pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas • Portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência • Pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização • Pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas • Usuário • Pessoa com transtornos mentais moderados |

Nessa portaria de 2017, logo chama a atenção a insistência no uso da preposição “com”, presente em praticamente todas as formas de nomear. Buscando relações parafrásticas, podemos dizer que uma pessoa *com* transtorno é uma pessoa que *possui* um transtorno, causando um efeito de sentido de algo permanente que a pessoa possui. Dessa forma, o *transtorno mental* é atribuído àquela pessoa como parte do que ela é. O *transtorno* não é um estado, mas algo permanente.

Outro termo bastante utilizado nesta Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 é o de *portador*, que também cria o efeito de que o sujeito carrega inexoravelmente a loucura consigo. Também a marca de *transtorno mental* gera um efeito de um fardo que a pessoa porta/carrega. É assim que Amarante (2013) critica essa nomenclatura de *portadores de transtorno mental*:

Não nos dá a ideia de alguém carregando um fardo, um peso enorme e eterno, inseparável e indistinguível do sujeito? Se formos levar ao limite a ideia de portador, poderíamos considerar que todos nós carregamos o fardo de nossa personalidade e caráter. Por outro lado, uma pessoa com transtorno mental é uma pessoa transtornada, que é o mesmo que possui! (...) Por estas razões no campo da saúde mental e atenção psicossocial se tem utilizado falar de sujeitos ‘em’ sofrimento psíquico ou mental, pois a ideia de sofrimento nos remete a pensar em um sujeito que sofre, em uma experiência vivida de um sujeito. (AMARANTE, 2013, p. 59-60)

Para os militantes da Luta Antimanicomial, o melhor termo a ser usado para designar esses sujeitos é *pessoa em sofrimento psíquico*. Isso porque a preposição *em* passa a ideia de *estado*, algo transitório. Estar *em* sofrimento psíquico é um estado que pode ser modificado, posto que é momentâneo. Dessa forma, o termo utilizado pela Luta Antimanicomial tira do indivíduo o peso de *portar* um transtorno e de ser uma pessoa *com* um transtorno. O termo *pessoa em sofrimento psíquico*, além de marcar que é um estado, também enfatiza e reconhece que é uma pessoa que está sofrendo – e que, por isso, precisa de cuidados para lidar com aquele sofrimento.

Já no código de ética da FEBRACT, os termos utilizados para designar as pessoas em sofrimento psíquico são completamente distintos:

| |
|--|
| Código de ética da FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS |
|--|

- **Cliente**
- **Acolhido**
- **Acolhidos/residentes**

As expressões utilizadas nesse texto não estão relacionadas a doença ou transtorno. Conforme já dissemos, as CTs se propõem ser uma *comunidade* que ajuda os outros. Compreensivelmente, o termo mais usado então é *acolhido*, ressoando a compreensão de que as CTs são lugares abertos para acolher e ajudar quem necessita. O *acolhido* seria aquela pessoa que precisa ser assistida, que necessita de abrigo, e as CTs aparecem como o lugar que pode dar essa ajuda.

Como já vimos, há uma relação entre CTs e igrejas, principalmente pelo caráter religioso que as CTs imprimem em seu funcionamento, e esse termo *acolhido* marca, novamente, essa relação entre as instituições. Afinal, as igrejas repisam o discurso do *acolhimento*, uma vez que se colocam como a instituição que realiza caridades. Além disso, como também já foi discutido, na Idade Média eram as igrejas que *acolhiam* e *cuidavam* dos pobres, doentes, todos aqueles que eram rejeitados pela sociedade e não tinham para onde ir. O termo *acolhido* tal como usado pelas CTs contribui para edificar essa mesma ideia divinal, marcando, assim, uma proximidade com as igrejas.

Ainda encontramos a designação *residentes*, que aparece sempre junto com *acolhidos*. Essa junção entre *acolhido* e *residente* em certo sentido abranda as necessidades daquele sujeito, já que *residente* é simplesmente aquele que reside em um determinado lugar. Ele não necessariamente precisa de ajuda, mas é apenas um morador daquele local. Sobretudo, o termo produz efeitos de sentido de que a pessoa reside ali voluntariamente: ela não é *internada*, não está em *tratamento* – ela é apenas uma *residente*.

Por fim, encontramos o termo *cliente*, que já evoca outros sentidos. Essa palavra estabelece um efeito comercial, uma relação *cliente x fornecedor*. Nesse sentido, há uma questão financeira presente. O *cliente* é aquele que gera lucros. No entanto, é preciso reconhecer que esse termo só é utilizado na introdução do texto, antes de definir os princípios norteadores das CTs, como em: “As diferentes profissões, particularmente as que trabalham com problemas relacionados ao ser humano, estabeleceram Códigos de Ética, com a final primordial de assegurar aos seus *clientes* um tratamento eficaz, respeitoso e digno” (FEBRACKT, 2018, n.p.). Então,

no momento em que se utiliza o termo *cliente*, ele se mascara por se dirigir a outros que não só a pessoa em transtorno mental.

Já na Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, os termos são muito semelhantes aos da Portaria nº 3.588:

| Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que apresentam dependência química • Pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais • Pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, dentre outros, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, maconha, cocaína, crack e outras drogas). • Usuários • Pacientes • Pacientes com transtornos mentais • Pessoas com transtornos mentais • Doentes mentais graves • Pacientes com dependência química • Pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas • Indivíduo que apresenta transtorno mental • Portadores de transtornos mentais • Cidadão • Pessoas com quadro de dependência de substâncias psicoativas (relacionadas aos consumos de álcool, crack e outras drogas) • Pacientes em situações de emergência psiquiátrica • Pessoas com necessidades relacionadas aos consumos de álcool, crack e outras drogas • Pacientes com transtornos mentais graves moradores de rua e egressos de unidades prisionais comuns • Pacientes com transtornos mentais graves |

Nesse texto, há também a presença do termo *portadores* e da preposição *com* para atribuir o transtorno mental aos indivíduos. O único momento que a ideia de transitoriedade aparece é na nomenclatura *Pacientes em situações de emergência psiquiátrica*. Vemos que essa efeméride é propositadamente marcada, pois está falando de uma situação específica de emergência. A pessoa continua sendo *portadora* de um transtorno, mas ela *está em* uma situação emergencial.

Além disso, há termos novos. Por exemplo, aparecem as expressões *pacientes* e *doentes*, trazendo, agora, um efeito de sentido de *doença* para o indivíduo. Utiliza-se também os substantivos *indivíduo* e *cidadão*, que trazem um pouco mais de individualidade, reconhecendo esses sujeitos como *pessoas*, e não apenas como um *portador de transtorno*.

Há também o termo *morador de rua*, que, muitas vezes, está relacionado com o louco. Interessante vemos como o mesmo mecanismo que aparece em *portador de transtorno* comparece em *morador de rua*: em ambas as formulações há uma ideia de estado fixo, como se aquele que mora na rua dali não pudesse sair. Mais ainda, vemos como a expressão *morador de rua* faz parecer se tratar de uma escolha do sujeito.

Outro ponto que requer atenção é a relação traçada entre *transtorno mental* e *usuário de droga*. Tanto na Nota Técnica nº 11/2019 quanto na Portaria nº 3.588, esses termos são colocados como pares: o que se diz para um é válido para o outro. Os termos vêm, muitas vezes, escritos juntos, como na grande designação já citada no quadro acima e que repetimos agora: *Pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, dentre outros, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, maconha, cocaína, crack e outras drogas)*. Aqui vemos a inclusão do uso de drogas e da dependência química no grupo de *transtornos mentais*. Outras designações apontam o uso de drogas como gerador do *transtorno*, como em *Pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas*. Assim, é estabelecida uma relação direta entre *pessoas com transtornos mentais* e *usuários de drogas*, como se, necessariamente, uma estivesse enganchada na outra na medida em que uma significa a outra. Essa relação pode ser vista, inclusive, no nome do departamento destinado à saúde mental: Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, que faz parte da Secretaria de Atenção Especializada do Ministério da Saúde (SAES).

Nesse sentido, muitas vezes, *a pessoa com transtorno mental e a pessoa com dependência química* recebem o mesmo tratamento, pois são colocadas quase como sinônimos uma da outra.

Por fim, no último texto analisado, encontramos o seguinte:

| LEI N. 11.134, DE 01 DE MARÇO DE 2024 |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • pessoas com dependência química e/ou transtornos mentais • pessoas em situação de vulnerabilidade • paciente • cidadãos que estejam em situação de rua • pessoas com dependência química crônica, com prejuízos a capacidades mental, ainda que parcial, limitando as tomadas de decisões • pessoas em vulnerabilidade, que venha a causar riscos à sua integridade física ou a de terceiros, devido a transtornos mentais pré-existentes ou causados pelo uso de álcool e/ou drogas • pessoas incapazes de emitir opiniões ou tomar decisões • usuário ou dependente de drogas • restabelecidos • indivíduo reabilitado |

Essa lei é mais recente e incorpora alguns dos termos mais aceitos e discutidos no campo da saúde mental atual. Ainda que se utilize expressões sugeridas por profissionais do campo da saúde mental, sua materialidade discursiva retoma discursos mais antigos, como é o caso do enclausuramento. Também a formulação *pessoas com dependência química crônica, com prejuízos a capacidades mental* retoma a relação entre drogas e *transtorno mental*, como acontece nos outros dois textos analisados. Além disso, a expressão *pessoas incapazes de emitir opiniões ou tomar decisões*, assim como *limitando as tomadas de decisões*, traz à tona a visão do indivíduo como *alienado*, incapaz de discernimento, posto que está fora da *razão*. E se o indivíduo é *incapaz* de tomar decisões, ele poderá ou ser considerado perigoso, pois não sabe distinguir o que pode ou não fazer, ou ser internado compulsoriamente: já que ele é *incapaz* de decidir se quer ou não ser internado, os outros poderão, portanto, decidir por ele. Outro trecho dessa lei que retoma essa mesma ideia de

periculosidade, que é muito presente no Alienismo, é a expressão *peçoas em vulnerabilidade, que venha a causar riscos à sua integridade física ou a de terceiros*. Assim, o louco é colocado, mais uma vez, como alguém perigoso, o que, como vimos, muitas vezes foi uma justificativa para o seu isolamento.

Ainda assim, a maioria das designações emprega a preposição *em* no lugar em que as outras leis empregavam *com*, como em *peçoas em situação de vulnerabilidade*. E, ainda, não se fala em *morador de rua*, mas em *cidadão em situação de rua*, como discutido acima. Por fim, o indivíduo que não está mais *em situação de vulnerabilidade*, é considerado *restabelecido* ou *reabilitado*.

A partir da análise dessas materialidades discursivas, é possível perceber como há, ao mesmo tempo, continuidade e descontinuidade nas formas de designação desta Lei n. 11.134, de 01 de março de 2024. Enquanto muitos termos retomam discurso já-ditos, outros procuram se integrar aos modos de nomeação atuais do campo da saúde mental. No entanto, por mais que essa última lei tente adotar uma nova designação, ainda assim há muitos preconceitos e enganos na jurisprudência ao nomear a pessoa louca. Quanto a isso, Amarante (2013) afirma que “[...] tanto o código penal quanto o civil ou ainda outras leis e normas sociais estão repletos de referências nocivas aos sujeitos em sofrimento psíquico e representam obstáculos significativos ao exercício da cidadania” (AMARANTE, 2013, p. 60).

Tendo em vista tudo o que foi exposto neste capítulo, consideramos que o período analisado é marcado por duas formações discursivas (FD) em disputa, que aqui identificamos como FD contrarreformista e FD antimanicomial. Há, entre elas, uma luta discursiva. Enquanto os principais enunciados da FD antimanicomial estão relacionados ao fim do hospital psiquiátrico e ao cuidado digno e em liberdade, os enunciados da FD contrarreformista relacionam-se à volta e financiamento dos hospitais psiquiátricos e eletroconvulsoterapia como parte do tratamento. No entanto, há enunciados que parecem se repetir em ambas, como é o caso da desinstitucionalização, que vimos também estar presente na FD contrarreformista, apesar de ter sido, inicialmente, proposta pela Luta Antimanicomial.

Por mais que existam enunciados recorrentes dentro de uma formação discursiva, Foucault (2008 [1969]) não considera que as FDs sejam totalmente homogêneas. No caso da FD contrarreformista, essa heterogeneidade é acentuada. Ela, inclusive, adota muitas vezes terminologia da FD antimanicomial, criando uma

falsa aproximação com a Luta Antimanicomial. Assim, em muitos momentos camufla o seu discurso, ao pegar emprestado fraseologias mais reconhecidamente presentes no discurso da FD antimanicomial. Temos, por exemplo, a lei n 11.134, de 01 de março de 2024, que utiliza designações como *peessoas em situação de vulnerabilidade e cidadãos que estejam em situação de rua*, que são próprias da FD antimanicomial. Além disso, essas designações vêm acompanhadas de outros termos que dão um teor positivo para o texto legal, como: *humanizada, direito, respeito, bem-estar* etc. No entanto, essa lei continua defendendo algo que vai totalmente contra a FD antimanicomial, que é a internação e, ainda mais, a internação compulsória. Assim, mistura-se na FD contrarreformista o discurso da Contrarreforma Psiquiátrica com construções da FD antimanicomial, confundindo sentidos e posicionamentos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que foi discutido neste trabalho, vimos que o discurso não pode ser considerado como algo contínuo ou linear; como uma prática histórica, ele é descontínuo (FOUCAULT, 2006 [1971]). De fato, o discurso não pode ser desassociado de seu contexto sócio-histórico de emergência, pois, como discutido, esse contexto é que cria possibilidades para que surjam certos tipos de discursos e certas formações discursivas. Assim sendo, vimos que o contexto histórico que nossa pesquisa abarca é um momento de aumento da ideologia neoliberal, que tem como principal preocupação o lucro. Essa ideologia propicia o surgimento de discursos que colocam o louco como improdutivo – e, portanto, seu tratamento deveria considerar a reinserção no trabalho e a conseqüente adoção de um “novo estilo de vida”. Além disso, passa-se a reconsiderar tratamentos que se pensava descartados de controle dos corpos, como a internação e a Eletroconvulsoterapia.

Contudo, Foucault nos lembra que a todo poder acontece uma forma de resistência. Assim, o próprio crescimento do neoliberalismo faz surgir a presença muito forte de movimentos sociais que se opõem a essa ideologia. Tal é o caso da Luta Antimanicomial, que luta não só pelo direito do louco e pelo fim do manicômio, mas pelo fim de qualquer tipo de injustiça. Nesse sentido, vemos duas formações discursivas em disputa, quais sejam: FD contrarreformista e FD antimanicomial; elas se opõem – mas, em certos momentos, se misturam. Ao mesmo tempo que, na FD contrarreformista, temos um discurso que vai contra a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, ela se apropria de termos e fraseologias da FD antimanicomial, fazendo aparentar uma suposta aproximação com essa FD – ainda que, de resto, todo o seu discurso seja contrário a isso. Assim, mudam-se as designações do louco na FD contrarreformista, mas o tratamento prescrito permanece o mesmo. Fala-se de humanização, mas continuam desumanizando o louco. Adiciona-se termos positivos como “direito”, “bem-estar”, “melhor tratamento”, mas ainda lhes oferecem o eletrochoque e o enclausuramento.

Sendo assim, vimos que há uma constante mescla entre continuidade e descontinuidade discursiva nos discursos analisados da FD contrarreformista. Eles são descontínuos quando rompem com os discursos que os antecediam: o da Reforma Psiquiátrica e o da Luta Antimanicomial; no entanto, são contínuos, porque retomam expressões, visões historicamente situadas. Retomam argumentos como a

periculosidade, a doença, o enclausuramento, o eletrochoque (ou Eletroconvulsoterapia), a improdutividade e a religião como parte do tratamento, ideias que estão presentes na Idade Média, no Alienismo, na Teoria da Degeneração e na Grande Internação. Há, portanto, uma continuidade discursiva na volta desses enunciados. Há também, como apontado, uma (tentativa de) continuidade na adoção da terminologia da Luta Antimanicomial no discurso sobre internação compulsória/involuntária. A continuidade se dá na presença desses termos, ainda que, como mostrado, o ideário lhe é totalmente contrário.

Tendo em vista as regularidades discursivas encontradas nos textos jurídicos de nosso arquivo, dividimos a análise em três partes: dispositivos de controle dos corpos, o “novo” como “tratamento” e as designações do louco. Sobre a primeira parte, vimos que tanto a internação quanto a Eletroconvulsoterapia são “tratamentos” indicados há muito tempo. No entanto, seus usos não estão relacionados exclusivamente a um tratamento para melhorar a qualidade de vida do sujeito louco, mas a uma forma de controle dos corpos. A internação, ou enclausuramento, retira o corpo louco da cidade, do convívio e da vista daqueles que não o querem por ali, daqueles que têm poder e podem retirá-lo daquele lugar. Esse enclausuramento pode se dar, inclusive – e principalmente –, de maneira compulsória, isto é, sem a permissão do indivíduo, o que lhe retira o direito básico de ir e vir. Retira-lhe a posição de sujeito de direito. Já a ECT representa, como discutido, não só um possível tratamento para os *transtornos mentais*, mas, principalmente, um tratamento moral e físico. Ao deixar o louco atordoado e praticamente imóvel por um tempo, seu corpo fica *dócil*, possível de ser controlado, vigiado. Como analisamos, ambos os meios de *tratamento* estão ligados a essa forma de controlar o corpo louco e são incentivadas e financiadas nos textos jurídicos da Contrarreforma Psiquiátrica.

Ao fazer a nossa análise, encontramos um discurso recorrente, que não estava previsto em nossa pergunta inicial, mas que se fez presente ao longo da pesquisa: a afirmação do “novo” como forma de “tratamento”. Vimos, pois, que há diferentes tipos de “novo” para o tratamento do louco: nova forma de tratamento, nova organização, novo estilo de vida. Porém, após a análise, pudemos identificar que não há nada de “novo” além da repetição desse adjetivo, pois trata-se das *mesmas* formas de tratamento, da *mesma* visão sobre o louco. Pudemos perceber, também, que esse discurso emerge em um momento de crescimento do neoliberalismo. É nessa

circunstância que aumenta a busca pela produção – e, por conseguinte, por um “novo estilo de vida” para o louco: um estilo de vida que produza.

Como terceira e última parte da análise, identificamos todas as designações do louco que surgiram nos textos jurídicos analisados. Encontramos diversas formas de nomeá-lo, que criam distintas posições para esses indivíduos. Chamá-los de *pessoa com transtorno mental*, *pessoa com comportamento nocivo*, *indivíduo*, *cidadão*, *doente*, *acolhido* ou até mesmo *cliente* confere-lhes papéis e posições diferentes na sociedade. E essas diferentes formas de designar o louco são, também, formas de controle social.

Como discutido, o discurso não é apenas um grupo de palavras; ele se relaciona com o poder e o saber. Assim, a pessoa com comportamento nocivo tem o enclausuramento justificado, o acolhido necessita de ajuda, o doente precisa de médico e tratamento, o cidadão tem, ou deveria ter, seus direitos garantidos, o cliente gera lucros. Dessa maneira, ao designar o louco de distintas formas, criam-se também *verdades* sobre ele, pois há uma relação estreita entre poder, verdade e discurso – também o jurídico. Nesse sentido, o discurso jurídico, atrelado ao poder que lhe subjaz, cria verdades e posições sobre o sujeito louco.

Por fim, como mostrado por Foucault, “[o] problema não é mudar a ‘consciência’ das pessoas, ou o que elas têm na cabeça, mas o regime político, econômico, institucional de produção da verdade” (FOUCAULT, 2018 [1978], p. 17). Nesse sentido, consideramos que o presente trabalho pode evidenciar essa luta discursiva presente na Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira e, principalmente, como isso aparece nos discursos jurídicos que são discursos que regulam o funcionamento de uma sociedade. Acreditamos que esse é um campo muito fértil de estudos e que ainda há muito o que se explorar, como pode ser visto na publicação da lei do presente ano de 2024 que analisamos. Portanto, acreditamos que há ainda muito a se analisar e entender tanto desse contexto social quanto dos textos jurídicos associados a ele. Esperamos que a relação aqui estabelecida possa abrir caminho para futuras pesquisas nessa área.

REFERÊNCIAS

ABRASAME. *Memorial ABRASME: Os retrocessos na atenção em saúde mental e drogas no Brasil*. São Paulo, online. 2022.

AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set. 1995.

AMARANTE, Paulo. (Org.). *Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

AMARANTE, Paulo; LIMA, Dassayeve. *Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial*. *Saúde Mental Crítica*. Episódio 4. 18 de maio de 2021. Disponível em: <<https://open.spotify.com/episode/0jFGrBDROBeKykoQgYIOf0?si=2BmTi6yCTRMWSrqY0ogfGw>>. Acesso em: 14 mar. 2024.

ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. 10. ed. São Paulo: Geração, 2014.

ASSIS, Machado de. *Papéis Avulsos*. Rio de Janeiro: Lombaerts & Cia., 1882.

BARRETO, Lima. *Diário do hospício: o cemitério dos vivos*. 1. ed. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, 1993.

BASAGLIA, F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BENAYON, F. A condenação de manifestantes nos protestos de 2013: considerações sobre o funcionamento do discurso jurídico. In: ADORNO, G. *et al.* (Orgs). *O Discurso nas Fronteiras do Social - Uma Homenagem à Suzy Lagazzi*, v. 1. São Paulo: Pontes, 2019.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei n. 3.657/1989*. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1989. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em: 14 mar. 2024.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em: 14 mar. 2024.

BRASIL. 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. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html> Acesso em: 14 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.449, de 25 de outubro de 2018*. Institui Comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, que envolvem a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3-449-de-25-de-outubro-de-2018-48228176>> Acesso em: 14 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Técnica de n.º 11/2019, de 04 de fevereiro de 2019*. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2024.

CAMARGO JR., K. R. Saúde mental, cidadania e o campo científico. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1057-1058, 2015.

CAPONI, Sandra. A hereditariedade mórbida: de Kraepelin aos neokraepelinianos. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 833-852, 2011.

CAPONI, Sandra. *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CHAGAS, Gabriela; BRUTTI, Tiago. As recentes mudanças na política nacional de saúde mental frente à Constituição de 1988. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, outubro de 2019.

COSTA, Pedro Henrique; MENDES, Kíssila. Contribuição à Crítica da Economia Política da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. *Argum.*, Vitória, v. 12, n. 2, p. 44-59, maio/agosto 2020.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. *Espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DESVIAT, Manuel. *A reforma Psiquiátrica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

FEBRACT. *Código de ética*. Online, 2018. Disponível em: <https://febract.org.br/porta/codigo-de-etica/> Acesso em: 14 mar. 2024

FERNANDES, Rafael de Souza Bento. *Linguagem: notas de pesquisa descontínuas*

à luz da arqueologia foucaultiana. *Interfaces*, v. 13, n. 4, 2023.

FLORIANÓPOLIS. *Lei Municipal n. 11.134, de 01 de março de 2024*. Dispõe sobre a internação humanizada no município de Florianópolis e dá outras providências. Diário Oficial do Município de Florianópolis, Florianópolis, 01 mar. 2024. Disponível em <<https://leismunicipais.com.br/a/sc/f/florianopolis/lei-ordinaria/2024/1114/11134/lei-ordinaria-n-11134-2024-dispoe-sobre-a-internacao-humanizada-no-municipio-de-florianopolis-e-da-outras-providencias> > Acesso em: 14 mar. 2024

FOSSI, Luciana; Guareschi, Neuza. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 94-115, 2015.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. 12. ed. São Paulo: Perspectiva, 2019 [1961].

FOUCAULT, Michel. *A arqueologia do saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008 [1969].

FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. 3. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2006 [1971].

FOUCAULT, Michel. *A verdade e as formas jurídicas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2002 [1973].

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 7. ed. Rio de Janeiro; São Paulo: Paz e Terra, 2018 [1978].

FOUCAULT, Michel. A vida dos homens infames. In: _____. *Estratégia, poder-saber. Ditos e escritos IV*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003, p.203-222.

GREGOLIN, Maria do R. *Foucault e Pêcheux na análise do discurso: Diálogos & duelos*. São Paulo: Claraluz, 2006.

GUIMARÃES, Thaís; ROSA, Lucia. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, vol. 21, n. 44, 2019, maio-agosto, pp. 111-138. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Brasil.

JURÍDICO. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2024a. Disponível em: < <https://www.dicio.com.br/juridico/> > Acesso em: 15 mar. 2024

JURÍDICO. In: HOUAISS, *Dicionário Eletrônico Houaiss Da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2024b. Disponível em: <https://houaiss.uol.com.br/corporativo/apps/uol_www/v6-1/html/index.php#2> Acesso em: 15 mar. 2024.

JURÍDICO. In: Vade Mecum Brasil. Online. Disponível em: <<https://vademecumbrasil.com.br/palavra/juridico>> Acesso em: 15 mar. 2024.

LAGAZZI, Suzy. *A discussão do sujeito no movimento do discurso*. Tese (Doutorado em Linguística) – Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de

Campinas, Campinas, 1998, 121 p.

LIMA, R. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 29(1), e290101, p. 1-5, 2019.

LOUCO. In: DICIO, *Dicionário Online de Português*. Porto: 7Graus, 2024a. Disponível em: < <https://www.dicio.com.br/louco/> >. Acesso em: 15 mar. 2024.

LOUCO. In: HOUAISS, *Dicionário Eletrônico Houaiss Da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2024b. Disponível em: <https://houaiss.uol.com.br/corporativo/apps/uol_www/v6-1/html/index.php#1> Acesso em: 15 mar. 2024.

OLIVEIRA, Cristiane. A vertigem da descontinuidade: sobre os usos da história na arqueologia de Michel Foucault. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.169-181, jan.-mar. 2008.

ORLANDI, Eni Puccinelli. *Análise de Discurso: princípios & procedimentos*. 8. ed. Campinas: Pontes, 2009.

PITTA, Ana Maria Fernandes; GULJOR, Ana Paula. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. *Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades*, Salvador, n. 246, jan./abr., p. 6-14, 2019.

ROSA, Elisa Zaneratto. Trajetórias da Reforma Psiquiátrica Brasileira: entre o compromisso com a garantia de direitos e a agenda neoliberal. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 13, n. 37, p. 1-22, 2021.

SAFATLE, Vladimir. Arqueologia das sombras da razão. In: FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. 12. ed. São Paulo: Perspectiva, 2019.

SAÚDE MENTAL, II Congresso Nacional de Trabalhadores em. Manifesto de Bauru (1987). *InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais*, Brasília, v. 3, n. 2, p. 537–541, 2018 [1987].

SILVA, Ana Terra de Leon. Os Nomes da Loucura: discurso diagnóstico e tratamentos na emergência da psiquiatria em Santa Catarina (1939-1942). Dissertação de mestrado em História. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2020.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. Pinel e o nascimento do alienismo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 540-560, mai./ago. 2019.