

A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO RIO GRANDE DO SUL E AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL (1970-2000)

Carolina Assmann¹
Mozart Linhares da Silva²

RESUMO

O artigo tem por objetivo analisar os deslocamentos e rearticulações ocorridos no campo de ação do saber-poder psiquiátrico no Rio Grande do Sul, no decorrer dos anos 1970 a 2000, a partir de um estudo de caso do Hospital Psiquiátrico São Pedro, localizado no município de Porto Alegre - RS. Desse modo, buscamos contemplar os processos e discussões que perpassaram a desinstitucionalização da loucura no Estado até a aprovação da Lei 9.716 em 1992, a partir de uma análise dos enunciados presentes tanto nas políticas de saúde mental, como nas reportagens que circularam na imprensa escrita no período supracitado. Isto é, trata-se, portanto, de problematizar a emergência de novos arranjos discursivos e de práticas e políticas de gestão e governo da loucura no Estado no período chamado “pós panóptico”. Assim, os resultados da pesquisa nos permitem compreender como ocorrem as novas formas de agenciamento da “loucura” através de outros mecanismos e estratégias de poder que independem do dispositivo arquitetônico do Hospício, possibilitando com que o controle sobre a “loucura” seja mais amplo e extra-asilar.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Políticas de Saúde Mental. História. Saber-poder. Governo.

ABSTRACT

This article has as objective analyze the movement and re-articulation occurred in the area of action of psychiatry power-knowledge in Rio Grande do Sul from the 1970 to 2000, starting from a study of case of “Hospital Psiquiátrico São Pedro” in Porto Alegre – RS. This way, processes and discussions that have been through the deinstitutionalization of madness in the State were taken into consideration until the approval of the Law 9.716 in 1992, from an analyzes of proposals present in mental health polices, as well as in the news about this period. That means the necessity of problematizing the emergency of new discursive arrangement, practices and police management and madness government in Rio Grande do Sul in the period called “post-panoptic”. Thus, the result of this research allow us to comprehend how new forms of handling "madness", using mechanisms and strategies of power other than the asylum architecture alone, made it possible to have a wider and control over "madness"

Keywords: Psychiatry Reform. Mental Health Policies. History. Power-knowledge. Government.

¹ Aluna do Curso de História da Universidade de Santa Cruz do Sul. <carolinaassmann@gmail.com>

² Professor do Departamento de História e Geografia na Universidade de Santa Cruz do Sul. <mozartt@terra.com.br>

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo busca analisar a história dos processos e discussões que nortearam a emergência da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, instituída pela Lei 9.716 de 1992. De forma mais detalhada, atentaremos, principalmente, para os deslocamentos ocorridos no campo de ação do saber-poder psiquiátrico no Estado e a sua atuação nas novas formas de constituição, gestão e governo³ da loucura no período chamado “pós-panóptico”. Desse modo, admitindo o hospício como instituição basilar e legitimadora do saber/poder psiquiátrico, partiremos de um estudo de caso do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) para uma análise acerca das transformações ocorridas nas políticas de assistência e tratamento dos doentes mentais no Estado entre os anos de 1970 a 2000. Para tanto, dividiremos o texto em três partes: na primeira parte, buscaremos contextualizar o período de emergência da Reforma Psiquiátrica no Brasil, atentando para as transformações ocorridas no âmbito das políticas de saúde mental no Estado e no país. Já na segunda parte, problematizaremos a emergência do processo de desinstitucionalização da loucura no Rio Grande do Sul, a partir de uma análise das mudanças e transformações que perpassaram o funcionamento do Hospital Psiquiátrico São Pedro no período supracitado, bem como as suas implicações no que tange a produção e circulação de uma nova discursividade em torno da “loucura” no Estado. Por fim, na terceira e última parte, analisaremos quais são as novas estratégias de regulação, agenciamento e governo da loucura no Rio Grande do Sul no período posterior a aprovação da lei estadual de Reforma Psiquiátrica.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA: TRAJETÓRIA E CONTEXTO

O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil inicia-se na transição dos anos 1970 para os anos 1980, estritamente relacionado às questões e demandas sociais presentes no âmbito das lutas pela redemocratização do país (AMARANTE, 1992). É em meio a esse contexto de rearticulações nas políticas de governo, principalmente as concernentes à saúde pública, que a relação do Estado com as práticas psiquiátricas começa a ser discutida e posta em “xeque” através da deflagração de movimentos de denúncia das irregularidades e precariedades nas formas de atendimento e tratamento dos doentes mentais nas instituições psiquiátricas.

³O conceito de governo é aqui entendido e utilizado “para designar todo o conjunto das ações — dispersadas, disseminadas e microfísicas do poder — que visam conduzir ou estruturar as ações” (VEIGANETO; LOPES, 2011, p. 6).

Nesse sentido, destaca-se a criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), considerado “o ator e sujeito político fundamental no projeto da reforma psiquiátrica brasileira” (AMARANTE, 1995, p. 51). Isto é, segundo Amarante, é a partir deste movimento que “originalmente emergem as propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico” (1995, p. 51). Logo, o MTSM surge imbricado ao contexto das movimentações que deram início a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) em 1978, a qual, deflagrada a partir de denúncias acerca das péssimas condições de atendimento dos pacientes e de trabalho dos profissionais de saúde mental, pode ser caracterizada como o “estopim” do movimento de Reforma Psiquiátrica no país (AMARANTE, 1995).

Nessa direção, chamamos atenção para o caso do Rio Grande do Sul, Estado pioneiro na aprovação de uma Lei de Reforma Psiquiátrica (Lei 9.716/92), que passa por mudanças e deslocamentos expressivos no âmbito da saúde mental no decorrer dos anos 1970. De modo que é nesse momento que a mesma (saúde mental) passa a “figurar” entre as prioridades da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado (SSMA) com a criação da Equipe Central de Saúde Mental na Secretaria da Saúde, em 1972, como instância específica para a gestão e organização das ações nesse mesmo âmbito (DIAS, 2012) e o início de mudanças significativas no HPSP. Mudanças essas, vale dizer, que consistiram na reestruturação da instituição aos moldes da setorização e no treinamento em Ações Básicas de Saúde Mental direcionado aos médicos clínicos de todas as Unidades Sanitárias da Secretaria da Saúde do Estado (BARCELLOS, 1989), os quais serão analisados mais detalhadamente na segunda parte do artigo. Desse modo, conforme observa Dias,

A política de saúde mental brasileira passou por uma revisão crítica do modelo hegemônico existente até então a partir de meados dos anos 1980, se constituindo na perspectiva da reforma psiquiátrica, concebida no bojo da Reforma Sanitária e instalada no contexto do debate sobre a Reforma do Estado no Brasil nos anos 1990. Desde então, um conjunto de reivindicações, legislações e adoção de novas modalidades de atenção aos portadores de transtorno mental vêm sendo implantadas, tanto pela ação de agentes sociais como pelo Estado. (2007, p. 18-19)

Sendo assim, na passagem dos anos 1980 para os anos 1990, com o advento da Nova República (1985-1989) e a elaboração de uma nova constituição (1988), é perceptível um maior impulso no que se refere à realização de diversas mudanças nas políticas e programas voltados a saúde pública no país. No que concerne à saúde mental, é importante chamar atenção para uma sucessão de eventos que demonstram a força e os rumos que as discussões e reivindicações levantadas pelos movimentos sociais de luta antimanicomial tomaram no

Estado e no país, no decorrer dessas últimas duas décadas. Dentre esses eventos, podemos citar a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), a Declaração de Caracas (1990), a organização do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (1991), a I Conferência Estadual de Saúde Mental (1992), entre outros, que acabaram por enfatizar cada vez mais críticas ao modelo manicomial, propondo ações substitutivas ao modelo asilar, calcadas em uma perspectiva descentralizada, regionalizada e democratizada da saúde.

Logo, é em meio a esse contexto de intensa efervescência dos movimentos sociais de luta antimanicomial que é aprovada em 1992 a Lei 9.716 que

dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências. (RIO GRANDE DO SUL, 1992)

Miriam Dias chama atenção, nesse sentido, para uma importante reformulação conceitual presente nas disposições da Lei em questão, no que diz respeito ao emprego da expressão “pessoa com sofrimento psíquico” ao invés de “doente mental”, pois,

Muito além de uma questão meramente semântica, esta denominação significa dizer que a pessoa que sofre com um adoecimento não se reduz em sua condição de sujeito à patologia de que é portadora. A expressão sofrimento psíquico anuncia uma mudança conceitual da consideração da cidadania do sujeito com diagnóstico de doença mental, exposto também nos Marcos Conceituais da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992: “é necessário construir mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência, e não apenas a partir de seu diagnóstico”. (DIAS, 2007, p. 121)

No plano nacional, somente em 2001 será aprovada a Lei 10.216 que “dispõe sobre proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Essa legislação é resultante do projeto de Lei Paulo Delgado, submetido à Câmara em 1989, que propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, bem como a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória (BRASIL, 1989). Sendo assim, no caso do Rio Grande do Sul, um dos pioneiros na aprovação de uma lei específica de reforma do modelo de atenção em saúde mental, faz-se pertinente a realização de uma análise acerca das mudanças e rearranjos sofridos no âmbito da instituição psiquiátrica no Estado, como veremos a seguir.

3 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO

A partir de meados dos anos 1970, ocorreram mudanças significativas referentes às políticas de saúde mental no Estado e no país, que acabaram refletindo na organização interna

e na estruturação dos serviços de atendimento e tratamento dos pacientes no Hospital Psiquiátrico São Pedro. Ou seja, mudanças essas que, em longo prazo, (re)definirão tanto o âmbito de abrangência como o próprio papel e função social da instituição, que, durante mais de um século, centralizou o atendimento em saúde mental no Estado (DIAS, 2012).

Seguindo a perspectiva de expansão e regionalização dos serviços de assistência psiquiátrica com ênfase no atendimento ambulatorial, iniciada na década de 1960 (DIAS, 2007), a SSMA formulou a partir de 1973 dois programas direcionados tanto a regionalização do atendimento em saúde mental no Estado, quanto à redução da superlotação do HPSP. É válido destacar que o a instituição atravessava uma das piores crises nesse momento, chegando ao número de 5000 pacientes internados numa área física com capacidade para menos de 1000 leitos (RIO GRANDE DO SUL, 1990). Assim, o primeiro programa consistiu no processo de setorização do hospital, isto é, na divisão dos pacientes entre dez unidades, segundo a sua região geográfica de procedência no Estado, substituindo, assim, o critério de divisão de acordo com o diagnóstico psiquiátrico adotado até aquele momento (BARCELLOS, 1989; DIAS, 2007). Logo, tal medida interna de reestruturação do hospital em setores, adotando a classificação geográfica em detrimento da nosológica, está diretamente associada ao segundo programa proposto pela SSMA. Denominado “programa de interiorização”, esse último, tinha por objetivo o treinamento de médicos generalistas do interior do Estado a fim de prepará-los para o atendimento de pessoas com transtornos mentais nos seus próprios municípios de origem, ao mesmo tempo em que possibilitava a continuidade do tratamento de forma ambulatorial dos pacientes egressos dos hospitais (DIAS, 2007). Portanto, conforme destaca Daisy Barcellos

Esta reformulação permitiu na realidade o reconhecimento dos pacientes, não do ponto de vista cultural e social, mas em muitos casos favoreceu o estabelecimento de contato de pacientes com familiares já afastados, possibilitando o retorno de alguns à vida fora do Hospital. Muitos pacientes foram “descobertos” e passaram a ser identificados de alguma forma, mesmo que vaga, e a serem reavaliados psiquiátrica e clinicamente, bem como foram re-historiadas as situações sociais e familiares [...]. (1989, p. 136)

Ademais, os programas em questão, além de se apresentarem como um conjunto de ações voltadas à redução do número de internações no HPSP, acabaram por constituir a base para a descentralização dos serviços de saúde mental no Estado (RIO GRANDE DO SUL, 1979).

No decorrer dos anos 1980, o HPSP continuou passando por mudanças e rearticulações cada vez mais severas que iriam atingir todo o seu âmbito institucional. Influenciadas pelo contexto de abertura política e orientadas a partir de uma perspectiva regionalizada, descentralizada e democratizada da saúde mental que está em construção no

período, tais mudanças contemplaram desde aspectos administrativos e organizacionais da instituição até a reformulação dos seus objetivos, bem como a da sua própria função social, ao passo que, conforme

o Processo histórico do Hospital Psiquiátrico confirma [...] a Instituição, da mesma forma que outros hospitais psiquiátricos públicos, vêm cumprindo prioritariamente outras funções sociais que não hospitalar:

- “1. abrigo, albergue ou asilo de velhos, menores abandonados, mendigos, desempregados, isto é, dos sem família, sem lar, sem trabalho, sem terra;
 2. casa correcional ou prisão para alcoolistas, toxicômanos, brigadores, desordeiros, desadaptados ou todos aqueles que perturbam a ordem pública e desrespeitam as normas familiares e sociais;
 3. recursos para internação de pessoas com problemas clínicos neurológicos ou outro do gênero;
 4. meio para conseguir bons rendimentos eleitorais pelo uso clientelístico das internações”.
- (RIO GRANDE DO SUL, 1990, p. 5-6)

Assim, tendo em vista a extinção da sua função asilar e/ou de assistência social, as mudanças no HPSP perpassam desde a separação em duas áreas distintas (uma hospitalar e a outra de moradia para os usuários psicossocialmente institucionalizados), com a adoção de um tempo médio de internação, até a implantação de equipes multiprofissionais com ênfase no atendimento comunitário e direcionado a reinserção dos pacientes no convívio social (RIO GRANDE DO SUL, 1990). Vale dizer que, mais precisamente entre os anos 1983 a 1987, a instituição inaugura uma nova fase através de sua democratização interna, marcando uma ruptura com o exclusivismo médico nos cargos de chefia, de forma que “pela primeira vez, os setores profissionais e as unidades de internação elegem suas chefias, e os profissionais assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos puderam assumir estes postos” (DIAS, 2007, p. 80-81).

Nessa direção, com a chegada dos anos 1990, e a deflagração de movimentos com maior ênfase na contestação acerca das formas de tratamento dos pacientes psiquiátricos, calcadas na institucionalização e asilamento da loucura, se intensificam os debates em torno do futuro do HPSP. A instituição atravessava nesse momento uma reestruturação interna, tendo em vista a sua adequação às novas demandas sociais e a própria pressão dos movimentos de luta antimanicomial que, de maneira mais expressiva, começaram a ganhar cada vez mais força e espaço no âmbito político nacional e estadual.

Destacamos nesse sentido, a repercussão desse processo de reestruturação do HPSP na imprensa, conforme podemos perceber em alguns trechos de reportagens de jornal que serão descritos a seguir. Neles, é anunciada a derrubada dos muros da parte frontal da instituição e sua substituição por cercas de ferro que possibilitavam a visualização do interior

do hospital, bem como de seus pacientes. Conforme podemos observar nessa reportagem intitulada “Mudança de Imagem”:

O antigo Hospital São Pedro do Partenon, já não tem muros a cercá-lo e sua frente vai se converter em praça, que deverá estar pronta em julho. Um de seus pavilhões transformar-se-á em centro de eventos. O velho e evitado hospício vai se transformando numa atração da paisagem da capital gaúcha. (ZH, 26 de fevereiro de 1990).

Já em outra reportagem do mesmo jornal intitulada “São Pedro mostra os pacientes. Sem medo” é noticiado que “A imensa parede de pedra que isolava os doentes mentais está substituída por uma grade de ferro. Os internos já não são mais considerados perigosos”(ZH, 08 de março de 1990). Assim, chama atenção nas reportagens anteriores, o emprego da expressão “sem medo”, pois os pacientes “já não são mais considerados perigosos”, deixando a imagem de “hospício a ser evitado” para tornar-se “atração da paisagem da capital”. O que nos leva a perceber uma mudança na percepção sobre os sujeitos ali internados, bem como a proposição de um processo de ressignificação e abertura que a própria instituição está enfrentando nesse momento condizente com o próprio contexto histórico em questão.

Conforme fica claro, em outra reportagem intitulada “Pensam que somos loucos? Loucos são Vocês”, a qual noticia a marcha que médicos, técnicos, pacientes, comunidade e demais funcionários do hospital realizaram nas ruas de Porto Alegre como parte da programação da “VII Semana de Estudos do Hospital Psiquiátrico São Pedro”: “O São Pedro abriu suas portas e deu liberdade para que os pacientes fizessem cobranças direto da sociedade. Foi uma passeata alegre e educativa” (ZH, 3 de Dezembro de 1990). Logo, através da elaboração de materiais para a divulgação da marcha e da VII Semana de Estudos cujo slogan era “Sociedade sem manicômios: uma utopia? Rumos do HPSP na nova década”, provocavam a comunidade a participar e se inteirar das discussões e reivindicações que estavam em pauta na época, por mudanças nas formas de atendimento psiquiátrico no Estado, bem como chamar a atenção para “os horrores” oriundos do tratamento asilar.

Sendo assim, podemos perceber a partir da análise das reportagens apresentadas, um processo de transição e ressignificação que a instituição vem enfrentando nas últimas décadas do século XX que irá se intensificar com a aprovação da Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica em 1992 e, mais tarde, com a aprovação da Lei Federal 10.216 em 2001. Processo esse, vale dizer, que está diretamente relacionado ao surgimento de uma nova discursividade acerca da “loucura” e do papel da instituição psiquiátrica propriamente dita. De maneira que ocorre agora a construção e legitimação de uma nova forma de agenciamento da loucura; muito mais

descentralizada, calcada em um olhar multidisciplinar e, sobretudo, independente da instituição asilar, como discutiremos a seguir.

4. REGULAÇÃO E GOVERNAMENTO DA LOUCURA NO PERÍODO PÓS-PANÓPTICO

Com a aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica em 1992, é instituído um novo modelo para os serviços de assistência psiquiátrica no Estado. De maneira que, baseado em uma perspectiva descentralizadora e integrada dos serviços de assistência em saúde mental, esse novo modelo vai marcar uma oposição ao sistema hospitalocêntrico centralizador, estabelecendo e legitimando novos espaços de cuidado e gestão da loucura no Estado. Ou seja, conforme fica claro no artigo segundo da Lei 9.716,

A reforma psiquiátrica consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares. (RIO GRANDE DO SUL, 1992)

Desse modo, ocorre agora não apenas a desconstrução e desqualificação com respaldo legal de um aparato manicomial que tem na institucionalização o seu principal recurso, mas também, a constituição de uma nova forma de regulação e governo da loucura que independe do regime hospitalocêntrico. Em outras palavras, a loucura pautada por um olhar multidisciplinar, passa a ser governada e gerenciada por outros mecanismos e estratégias de poder que exerceriam um controle mais amplo, extra-asilar e não mais circunscrito ao dispositivo arquitetônico do Hospício.

Enquanto dispositivo disciplinar, o hospício tem seu modelo expresso no projeto arquitetônico do *panóptico*, elaborado por Jeremy Bentham no final do século XVIII, o qual objetivava “articular num único mecanismo de vigilância e controle, a disciplina e a normalização” (SILVA, 2012, p. 194). Dessa forma, calcado nos princípios de vigilância permanente, coerção e economia do espaço (SILVA, 2005), o *panóptico*, conforme destaca Michel Foucault,

é polivalente em suas aplicações: serve para emendar os prisioneiros, mas também para cuidar dos doentes, instruir os escolares, guardar os loucos, fiscalizar os operários, fazer trabalhar os mendigos e ociosos. É um tipo de implantação dos corpos no espaço, de distribuição dos indivíduos em relação mutua, de organização hierárquica, de disposição dos centros e dos canais de poder, de definição de seus

instrumentos e de modos de intervenção, que se podem utilizar nos hospitais, nas oficinas, nas escolas, nas prisões. Cada vez que se tratar de uma multiplicidade de indivíduos a que se deve impor uma tarefa ou um comportamento, o esquema panóptico poderá ser utilizado (2011, p. 195).

Assim, ao inferirmos que ocorre uma nova forma de agenciamento e governo da loucura “pós-panóptico”, estamos colocando que a mesma se apresenta como independente da tecnologia/dispositivo do *panóptico* e, por conseguinte, do hospício, para ser exercida. Ao passo que, agora, os serviços de atenção em saúde mental, calcados em uma perspectiva descentralizada, multiprofissional - não mais restrita apenas ao campo de ação e intervenção do saber-poder médico psiquiátrico - e aliados à utilização dos medicamentos antipsicóticos, possibilitam um cuidado e gestão mais amplos sobre a “loucura”. Cuidado esse, que passa a ser estendido ao tecido social, por entre os espaços e instituições que compõem a rede de atenção integrada em saúde mental, conforme vimos acima. De maneira que não se trata mais de enclausurar na lógica do dispositivo disciplinar, representado nesse caso pelo hospício. Mas sim, de incluir em uma nova estratégia biopolítica de controle e regulação que atua de maneira contínua e permanente no corpo social.

O conceito de biopolítica, desenvolvido por Michel Foucault no último capítulo do livro *História da Sexualidade* (1976) e, posteriormente, no curso proferido no Collège de France, publicado mais tarde com o título *Em Defesa da Sociedade* (DUARTE, 2007), vai ao encontro do que, na segunda metade do século XVIII, o autor identifica como uma nova tecnologia de poder. Essa, por sua vez, “tem como objetivo se encarregar da própria vida dos indivíduos por meio de um conjunto de mecanismos e de saberes reguladores e corretivos” (BERT, 2013, p. 115). Isto é, uma tecnologia que

se instala, se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpus, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc. (FOUCAULT, 2005, p. 289).

Ou seja, a biopolítica, enquanto mecanismo de poder, se constitui como um desdobramento, uma potencialização das tecnologias disciplinares; ao passo que não as excetua, mas as estende e redireciona para além dos indivíduos, do “corpo-organismo”, para o “corpo-espécie” da população (SILVA; ASSMANN; SPECHT, 2014). Destarte, conforme destaca Foucault, a biopolítica

não se trata, diferentemente das disciplinas, de um treinamento individual realizado por um trabalho no próprio corpo. Não se trata absolutamente de ficar ligado a um corpo individual, como faz a disciplina. Não se trata por conseguinte, em absoluto, de considerar o indivíduo no nível do detalhe, mas, pelo contrário, mediante mecanismos globais, de agir de tal maneira que se obtenham estados globais de

equilíbrio, de regularidade; em resumo, de levar em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas um regulamento (2005, p. 293-294).

Assim, a Reforma Psiquiátrica instituiu uma nova forma de governo biopolítico estratégico como dispositivo de segurança, garantindo que o poder sobre a “loucura” e o “louco” seja tentacularizado, independente do modelo asilar de institucionalização e estendido a outros campos do saber. Logo, o governo da “loucura” pautado pela tentacularização implica com que o processo de normalização fuja a lógica do sequestro e do enclausuramento dos sujeitos, repercutindo de forma mais ampla no tecido social e possibilitando que a loucura seja regulada e controlada para além da lógica do asilamento.

REFERÊNCIAS:

AMARANTE, P. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: KALIL, M. E. X. (Org.). *Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BARCELLOS, D. M. de. *Políticas de saúde mental e a organização do Hospital Público no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, 1989. 266 p. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1989.

BERT, J. F. *Pensar com Michel Foucault*. São Paulo: Parábola, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. *Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

_____. Projeto de Lei n. 3657, de 12 de setembro de 1989. Diário do Congresso Nacional, República Federativa do Brasil, n. 127, 29 de set. 1989, seção 1.

_____. Lei 10. 216, de 06 de abril de 2001. Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 21 maio 2014.

DIAS, M. T. G. *A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do Serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro*. Tese (Programa de Pós-Graduação Serviço Social)- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, Porto Alegre, 2007.

_____. História e reflexão sobre as políticas de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8235/5998>. Acessado em: 20 jan. 2015.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

_____. *Em defesa da sociedade*. Curso proferido no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005.

MUDANÇA de imagem. *Zero Hora*, Porto Alegre, p. 10, 26 fev.1990.

NUNES, K. G. *Reforma psiquiátrica no Brasil: um estudo sobre a trajetória de Betim, Minas Gerais*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2009.

PENSAM que somos loucos? Loucos são vocês. *Zero Hora*, Porto Alegre, p. 34, 3 dez. 1990.

RIO GRANDE DO SUL. Departamento de Saúde Mental. *Plano de Expansão dos serviços de Assistência Psiquiátrica*. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 1965.

_____. Equipe de Saúde Mental da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente. *Diretrizes para o Programa de Ação em Saúde Mental no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, 1979.

_____. Secretaria da Saúde e Meio Ambiente. *Hospital Psiquiátrico São Pedro rumo a desinstitucionalização*. Porto Alegre, 1990.

_____. Lei n. 9.716. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica. Aprovada em 07 de agosto de 1992. Publicada no Diário Oficial do Estado em 10 de agosto de 1992.

_____. Conferência Estadual de Saúde Mental. Relatório Final. Porto Alegre: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, 1992.

SÃO PEDRO mostra os pacientes. Sem medo. *Zero Hora*, Porto Alegre, p. 15, 8 março. 1990.

SILVA, M. L. da. Michel Foucault e a genealogia da exclusão/inclusão: o caso da prisão na modernidade. *Revista de Estudos Criminais*, Porto Alegre, n. 17, v. 5, pp. 39-61, jan. 2005.

_____. Miscigenação e biopolítica no Brasil. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, [São Leopoldo], n. 8, v. 4, p. 192-210, dez. 2012. Disponível em: http://www.rbhcs.com/index_arquivos/artigo.miscigenacaoebiopoliticanobrasil.pdf. Acesso em: 10 fev. 2015.

SILVA, M. L. da; ASSMANN, C.; SPECHT, R. Educação e dispositivo de segurança: governando diferenças étnico-raciais no Brasil. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, [São Leopoldo], n. 12, v. 6, p. 09-25, dez. 2014. Disponível em: http://www.rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Educacaoedispositivodeseguranca.pdf. Acesso em: 20 fev. 2015.

VEIGA-NETO, A.; LOPES, M. C. Gubernamentalidad, biopolítica y inclusión. In: CORTEZ-SALCEDO, R.; MARÍN-DÍAZ, D. (comp.). *Gubernamentalidad y educación: discusiones contemporâneas*. Bogotá: IDEP, 2011. Disponível em: <http://www.michelfoucault.com.br/files/Colombia%20Inclus%20C3%A3o%20e%20governament%20-%202012dez10.pdf>. Acesso em: 1º março 2015.