

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS
HUMANAS

JULIANA DEBONI

UMA ARQUEOGENEALOGIA DA PRODUÇÃO DO *ALCOOLISMO* E DA
INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

ERECHIM

2017

JULIANA DEBONI

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**UMA ARQUEOGENEALOGIA DA PRODUÇÃO DO *ALCOOLISMO* E DA
INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da UFFS – Campus Erechim como requisito para obtenção do título de mestre.
Orientação: Professor Dr. Atilio Butturi Junior

ERECHIM

2017

AGRADECIMENTOS

Ao professor Dr. Atilio Butturi Junior. O melhor orientador que se poderia ter, por todos motivos – pela velocidade do pensamento ou dos e-mails. O Atilio foi generoso, presente, pontual e doce, com toda a intensidade, só ele sabe como ser. Merece todos os agradecimentos, pois ensinou muita coisa e mudou outras tantas na minha vida. Nosso contato desde a pós-graduação *lato sensu* até a versão final desta dissertação foi tão tão bacana e bom, que os agradecimentos mais elogiosos não poderiam significar.

Ao professor Dr. Jerzy André Brzozowski, pela cordialidade e gentileza sempre, desde as entrevistas de seleção até as bancas de qualificação e defesa. Por todas as aulas. Jerzy se tornou amigo. O que é um orgulho.

Ao professor Dr. Fábio Francisco Feltrin de Souza, pelas aulas e por todas as excelentes conversas.

À professora Dra. Fabiola Stolf Brzozowski, que gentilmente aceitou participar da banca de defesa. Conversamos tantas vezes sobre as políticas públicas em saúde mental, e sempre é bom. Com a Fabi eu posso conversar sobre as coisas normativas e ubuescas, e posso rir.

Ao professor Dr. Walter Ferreira de Oliveira, que participou da banca de qualificação, e além disso, sempre foi generoso comigo.

À professora Dra. Sandra Caponi, pela banca de defesa e porque eu admiro mesmo todo o seu trabalho.

A todos os meus professores da UFFS, pelas aulas e exemplo, desde a pós-graduação *lato sensu* em Epistemologia e Metafísica ao Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas.

Aos colegas-amigos e aos usuários do CAPSad, pelas experiências, das singelas às dolorosas.

À Prefeitura Municipal de Erechim que autorizou a realização desse estudo.

Aos amigos dessa trajetória, Emanoela Agostini e João Marcelo Faxina. Por serem tão importantes pra mim. A Manu por ser amável, acolhedora e alegre. Dividimos nossas inseguranças e alegrias, e nos fortalecemos. O João com quem compartilho as coisas da vida, das decisões a Pablo Vittar. João é inteligente, atento e presente. E eu cresço com ele.

Ao Jackson Carvalho da Silva e Fabrizzio Perez, bons amigos, confiáveis e vizinhos de rua. Dividimos tantas coisas juntos e eu sempre sinto falta deles.

À Tanise Schorn, melhor amiga e melhor pessoa.

Aos amigos com quem dividimos a vida em Erechim, eu e o Tiago, e são sempre como uma família: a Joana (desde o ensino médio), o Mauri, a Letícia e o Felipe.

À tia Lídia, tio Dilmo e à Luísa. Tão presentes e tão solidários.

Aos pais do Tiago, que são também minha família, na melhor versão que eu poderia esperar.

Aos meus irmãos Cláudia, Marcos e Larissa. Pela nossa história. E por continuarmos escrevendo e (re)criando ela, e por tudo que é só nosso.

À tia Maria e à tia Uta. Que me ensinaram tantas coisas e todas boas. Por existirem. As tias foram e são pai-e-mãe também e eu amo amo elas.

Aos meus pais. Porque surpreendem continuamente, são deles os presentes inusitados e a guarida no aperto.

Finalmente, pro Tiago Ricardo. Meu fôlego. Amor e sorte dessa vida. Tiago é justo, honesto, equilibrado e decente. Mais, é alegre, esperto, festivo. Uma lindeza de ver. Crescemos e construímos nossa história, e ela é bonita e isso nos encanta. Nossa vida é boa e batalhamos por isso. Juntos.

Pro Tiago (amor e sorte dessa vida)

“O que você ganha bebendo desse jeito? Nada. Bebo sem fins lucrativos.”

(Sabedoria popular)

RESUMO

Esta dissertação nasce de um olhar arqueogenealógico encontrado na obra do francês Michel Foucault. Tenho como objetivo traçar uma análise dos sujeitos internados compulsoriamente no município de Erechim, interior do Rio Grande do Sul, com diagnóstico de *alcoholismo*, no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2016, no CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas, dispositivo extra-hospitalar fundado sobre os discursos da desinstitucionalização e da reforma psiquiátrica. Para tanto, problematizo aspectos discursivos do processo de construção do *alcoholismo* como doença, questionando-os a partir dos discursos científicos de patologização, fortemente ancorados sob a égide da normatização da vida e da produção de um modo de subjetivação específico que ratifica o *alcoholista* em práticas discursivas de anormalidade, de maneira tão fortemente arraigada que o obriga ao tratamento coercitivo e compulsório. Pretendo fazer notar uma tensão entre os preceitos da reforma psiquiátrica brasileira e a clara hierarquização da relação de saber-poder das instâncias de saúde e jurídicas sobre a subjetividade do *alcoholista*. O *corpus* de análise compreende então os laudos emitidos por técnicos da saúde mental cuja indicação seja de internação compulsória, posteriormente autorizada pelo Poder Judiciário, mediante solicitação familiar. A coleta dos dados aconteceu de 01 a 30 de novembro de 2016. A tentativa foi definir um arquivo de hierarquização entre o normal e o patológico legitimadas através dos critérios indicativos para internar um sujeito compulsoriamente ou não. A fim de confirmar essa hipótese, adoto o seguinte percurso: inicialmente, apresento um delineamento da arqueogenealogia foucaultiana. Depois disso, destaco os principais elementos da produção do *alcoholismo* como doença e da emergência discursiva sobre essa figura, a partir da variante do álcool. Finalmente, defendo a hipótese de que há práticas de produção dos sujeitos *alcoholistas*, que os monumentos deixam entrever, configurando a internação e o CAPSad como dispositivos de biopoder e biopolítica sobre os corpos dos sujeitos ditos *alcoholistas* (de acordo com o projeto da arqueogenealogia foucaultiana) e à Agamben, sob a égide do *homo sacer*, analiso esse espaço da vida nua sujeita a um poder de morte.

Palavras-chave: Bipolítica. *Alcoholismo*. Internação Compulsória.

ABSTRACT

This dissertation arises from archaeo-genealogic views found in Michel Foucault's work. It is aimed at drawing an analysis of subjects under compulsory hospitalisation in Erechim, Rio Grande do Sul, diagnosed with *alcoholism*, from January 1st, 2010 to December 31st, 2016, at CAPSad – Centre of Psycho-social Attention to Alcohol and Other Drugs, an out-of-hospital device founded on the discourses of de-institutionalisation and psychiatric reform. Therefore, I study discursive aspects of the process of constructing *alcoholism* as a disease, questioning them from scientific discourses of pathologization, strongly anchored onto the aegis of standardization of life and the production of a specific means of subjectivation that asserts the *alcoholic* in discursive practices of abnormality, in such a deeply rooted way as to enforce him/her to coercive and compulsory treatment. I intend to draw attention to the tension between the principles of the Brazilian psychiatric reform and the evident prioritisation of the knowledge-power relation in health and juridical scopes with regard to the subjectivity of the *alcoholic*. The *corpus* of the analysis comprehends reports issued by technicians on mental health suggesting compulsory hospitalisation, eventually authorised by the Judiciary Power, upon family request. Data collection ran from November 1st to 30th, 2016. An effort was made so as to define an archive of hierarchy between the normal and the pathological legitimated through criteria suggesting whether a subject should be compulsorily hospitalised or not. In order to confirm the hypothesis, I take the following structure: firstly, I present an outline of Foucault's *archaeogenealogy*. Then, I highlight the main elements of the production of *alcoholism* as a disease and the discursive emergence upon that figure, from the variant of alcohol. Finally, I sustain the hypothesis that there are practices for the production of *alcoholic* subjects, which the monuments allow to detect, establishing hospitalisation and CAPSad as devices of biopower and biopolitics over the bodies of the so-called *alcoholic* subjects (according to the project of Foucault's *archaeogenealogy*) and to Agamben, under the aegis of *homo sacer*, I have analysed this space of bare life subjected to a power of death.

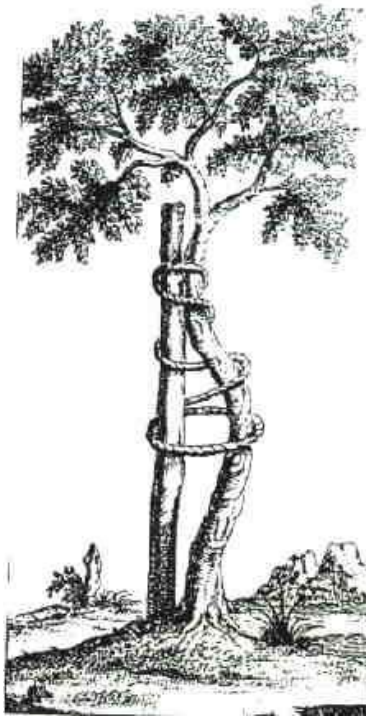
Key words: Biopolitics. *Alcoholism*. Compulsory hospitalisation.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
2 A ARQUEOGENEALOGIA DE MICHEL FOUCAULT.....	26
2.1 Primeiras considerações: Foucault.....	26
2.2 A arqueogenealogia	30
2.3 Para os saberes: uma arqueologia	33
2.3.1 O discurso e os saberes	40
2.3.2 A formação do discurso como luta	43
2.4 Sobre o empreendimento genealógico	46
2.4.1 A genealogia é cinza	47
2.4.2 Relações de saber-poder.....	51
2.4.3 O poder sobre o corpo.....	55
2.4.4 O poder disciplinar.....	58
2.4.5 A produção do homem moderno.....	62
2.4.6 Do poder disciplinar à biopolítica e à governamentalização do Estado	65
2.4.7 O biopoder.....	67
2.5 Sobre os dispositivos	73
3 UMA BREVE ARQUEOGENEALOGIA DO ALCOOLISMO NO BRASIL.....	78
3.1 A emergência discursiva da produção do <i>alcoolismo</i> no Brasil	78
3.2 A produção do <i>alcoolismo</i> como dispositivo médico <i>científico</i>	94
3.3 Uma breve arqueologia médico-jurídica da produção do dispositivo da internação compulsória no Brasil	109
4 POR UMA ONTOLOGIA CRÍTICA E HISTÓRICA DE NÓS MESMOS	117
4.1 Relatar a si mesmo	118
4.2 Vidas precárias.....	124
4.2.1 Problemas de gênero	130
4.2.2 Sobre a urgência estratégia do dispositivo	140
4.2.1 (Des)emprego e (In)seguridade social	159
CONSIDERAÇÕES FINAIS	168
REFERÊNCIAS	172
ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA E DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO.....	194

INTRODUÇÃO

“Pobre menina...” – disse ele, olhando para o canto vazio do banco. “Vai recobrar-se, chorar um pouco, mais tarde, a mãe saberá... Primeiro dará uns tapas, depois a espancará com dor e vergonha, e banirá, quem sabe, de casa... E se não banir, as Dárias Frântzevnas vão fazer o queimado, e a menina começará a pular de lá para cá... Logo depois, o hospital (aquilo sempre acontece com quem tiver uma mãe muito honesta e malinar sem que ela saiba), e depois disso... de novo o hospital... vinho... bodegas... o hospital, outra vez... daqui a dois ou três anos, estará aleijada, terá, no total, dezenove ou dezoito anos de vida, desde que nasceu... Será que não vi moças assim? E como elas apareceram? Desse jeito é que apareceram todas... Arre! Que assim seja! Como se diz, bem feito. Dizem que certo percentual deve ir, todo ano... embora... talvez para o diabo, a fim de revigorar as outras pessoas e não as atrapalhar. Percentual! Mas que palavrinhas bonitas são essas, tão apaziguadoras, científicas. Dito, percentual, então nem precisa a gente se preocupar. Se fosse outra palavra, aí sim... seria, quem sabe, mais inquietante... E se Dúnetchka também entrar nesse percentual? ... E se não for nesse mesmo, então no outro? ...”. (DOSTOIÉVSKI, 2013[1866], p. 92)]¹.



(N. Andry. *A ortopedia ou a arte de prevenir e corrigir, nas crianças, as deformidades do corpo*, p. 1749. In: FOUCAULT, 2013, p. 32 [1975])

Inauguro este estudo com Fiódor Dostoiévski, em *Crime e Castigo*, originalmente publicado em 1866 e com Michel Foucault, em *Vigiar e Punir*, publicado em 1975, e com os

¹ A fim de destacar o ano das publicações originais, foram utilizados dois tipos de referências: entre parênteses, constarão as datas utilizadas nesse artigo, seguidas da data da primeira edição, entre colchetes. A presente distinção permite melhor clareza do percurso intelectual de Michel Foucault e dos outros autores utilizados.

autores demarco o lugar no qual se inscreve o presente estudo: no delicado espaço de poder e resistência. As datas das publicações de Dostoiévski e Foucault sinalizam que a noção de normatização foi problematizada ao longo da história do homem. Em seus escritos arqueogenalógicos, o filósofo francês Michel Foucault se dedicou a mostrar que as supostas dimensões psicológicas da *loucura*² não podem ser reduzidas a explicações exteriores, neutras, advindas de uma cientificidade. Elas devem, pelo contrário, situar-se no interior de uma relação que o homem ocidental estabeleceu consigo mesmo há praticamente dois séculos. Foucault expõe que foi no momento em que o grande confronto Razão e Desrazão deixou de acontecer no âmbito da liberdade e a razão deixou de ser para o homem uma ética para tornar-se uma natureza é que se fundou, filosoficamente, a possibilidade de uma psicologia – e, no limite, das chamadas ciências humanas (FOUCAULT, 2013 [1975]).

A problematização da produção do *alcoholismo* e da internação compulsória³ do sujeito dito *alcoholista*, objeto deste estudo, também estão circunscritas ao fino problema da noção de normatização e seus atravessamentos: a saúde e a doença, o normal e o patológico e, no extremo, a vida e a morte.

Para investigar esses atravessamentos, implicações e repercussões no contemporâneo, principalmente no que se refere às práticas em saúde mental, tomei para análise todas as indicações de internações compulsórias, de sujeitos ditos *alcoholistas*, realizadas pelo CAPSad⁴ do município de Erechim, de 01 de janeiro de 2010 até 31 de dezembro de 2016⁵. Demarco, então, como objeto de análise os discursos técnicos e jurídicos que apontam para o problema da separação entre o patológico e o normal, entre a doença e a sanidade do sujeito. Escolho

² *O louco* e a *loucura* aparecem em itálico para marcar sua distância e deslocamentos, em conformidade com esse estudo.

³ A produção do *alcoholismo* e a internação compulsória serão discutidas no terceiro capítulo.

⁴ O Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas, serviço substitutivo à lógica manicomial, se configura como dispositivo de cuidado extra-hospitalar e articulador da rede assistencial em saúde, regulamentado pela *Lei 10.216*, de 06 de abril de 2001, conhecida como a lei da reforma psiquiátrica brasileira.

⁵ Este estudo foi autorizado junto ao CEP – Conselho de Ética em Pesquisa, CAAE:58377716.9.0000.5564, Parecer nº 1.800.515, da UFFS – Universidade Federal da Fronteira Sul, através da Plataforma Brasil, base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/CONEP, bem como foi aprovado pela Prefeitura Municipal de Erechim sob número de processo 2016/10892, obtendo autorização para a realização deste estudo no CAPSad, conforme Termo de anuência e declaração de compromisso (VER ANEXO A).

como objeto de análise esses relatórios⁶ circunstanciados emitidos por profissionais-peritos⁷, com indicação de internação compulsória (a internação compulsória é somente indicada pelo Poder Judiciário se acompanhada desses relatórios técnicos e de atestado médico, a partir de uma solicitação familiar ao Poder Judiciário). O tratamento arquivístico da *loucura* e sua constituição como objeto a ser domesticado no interior de uma série de discursos modernos que a destituiriam de certa contiguidade tácita em relação à razão e a possibilitaram emergir como objeto dos saberes médico-jurídicos foi um movimento estratégico do pensamento foucaultiano, pois possibilitou conhecê-la, sob a condição de subsunção, como o completamente outro da razão ocidental (BUTTURI JUNIOR, 2008, p. 174).

Este problema de pesquisa nasce das minhas inquietações como psicóloga de um CAPSad. Das inquietações de um cotidiano de trabalho permeado por solicitações para internação – todos os dias, há, o mínimo, uma solicitação para internação. O estranhamento (meu estranhamento) é que essas demandas por internação (feitas pela família, colegas de trabalho, amigos ou alguém “autorizado” a fazer tal solicitação) acontece se e somente se esse sujeito, em uso prejudicial de álcool, apresentar comportamentos subversivos, escandalosos, desobedientes gerando incômodo e “desconforto” moral, financeiro, social. A experiência do trabalho, em oposição à ociosidade, encontra-se na base de sustentação dos argumentos pró-internação, sendo a dicotomia trabalho-ociosidade, importante linha que supostamente confirmaria e justificaria a indicação. O “bêbado” silente e discreto, minimamente autônomo e útil (tomo aqui autonomia por sobreviver – sobreviver com o mínimo de recursos, porém sem causar incômodo) não é notado. Daí a questão: o problema do *alcoolismo* é mesmo o álcool? Sigo: o pedido mais agressivo, determinado, decidido não é do *alcoolista*. Quase nunca é dele, mas da família ou dos seus representantes. Essas amargas e doloridas inquietações nasceram deste lugar, no qual o poder da norma e da exclusão mostram toda a sua força. Resgato-as para construir este estudo.

⁶ “[...] o relatório dos peritos – na medida em que o estatuto de perito confere aos que o pronunciam um valor de cientificidade, ou antes, um estatuto de cientificidade – goza, com relação a qualquer outro elemento da instituição judiciária de certo privilégio. Não são provas legais no sentido em que o direito clássico as entendia ainda no fim do século XVIII, mas são enunciados jurídicos privilegiados que comportam presunções estatutárias de verdade, presunções que lhes são inerentes, em função dos que as enunciam. Em suma, são enunciados com efeitos de verdade e de poder que lhes são específicos: uma espécie de suprallegalidade de certos enunciados na produção da verdade judiciária” (FOUCAULT, 2013, p. 11 [1975])

⁷ Considerando que esses profissionais emitem no contexto ora apresentado enunciados judiciais com presunções de verdade, chamar-lhes-ei peritos, como Foucault, na primeira aula de *Os Anormais*.

Esse poder da norma⁸ aparece por meio das disciplinas, já antes do século XVIII. O normal se estabeleceu como princípio de coerção no ensino, com a instauração de uma educação estandardizada e a criação das escolas normais; estabeleceu-se no esforço para organizar um corpo médico e um quadro hospitalar capazes de fazer funcionar normas gerais de saúde; estabeleceu-se na regularidade dos processos e dos produtos industriais. O poder da norma pode ser compreendido funcionando facilmente dentro desse sistema de igualdade formal, pois dentro de uma homogeneidade, que é a regra, ele introduz como um imperativo útil e resultado de uma medida, toda a gradação das diferenças individuais (FOUCAULT, 2013, p. 176-7 [1975]).

Atentemos: a família está diretamente ligada a esse saber e a esse poder, pois será justamente o perigo constituído pelo *louco* no interior da família, essas relações intrafamiliares a que o saber, o diagnóstico e o prognóstico médico vão se prender. A psiquiatria tornou psiquiátricas toda uma série de condutas, perturbações, desordens e perigos que são da ordem do comportamento, não mais do delírio, da demência ou da alienação mental (FOUCAULT, 2013 [1975], p. 128). Nessa medida, a partir da arqueogenealogia histórica da psiquiatria proposta por Foucault, esse estudo investigará se as demandas contemporâneas do poder judiciário aos profissionais *psi* reativam essa problemática – que era, de algum modo, a problemática da psiquiatria dos degenerados do século XIX.

Na esteira das considerações introdutórias acerca desse estudo, demarco-o também pelo seu caráter necessariamente contemporâneo. O tempo da contemporaneidade é aquele apontando por Giorgio Agamben, em *O que é o contemporâneo*, de 2009. O filósofo italiano indica Friedrich Nietzsche, em *Considerações Intempestivas*, de 1874, como primeira orientação para o significado de contemporâneo, porque Nietzsche procura compreender como um mal algo do qual a sua época se orgulha, a sua cultura histórica:

Nietzsche situa a sua exigência de “atualidade”, a sua “contemporaneidade” em relação ao presente, numa desconexão e numa dissociação. Pertence verdadeiramente ao seu tempo, é verdadeiramente contemporâneo, aquele que não coincide perfeitamente com este, nem está adequado às suas pretensões e é, portanto, nesse sentido, inatual; mas, exatamente por isso, exatamente através desse anacronismo, ele é capaz, mais do que os outros, de perceber e apreender o seu tempo. [...]. A contemporaneidade, portanto, é uma singular relação com o próprio tempo, que adere a este e, ao mesmo tempo, dele toma distâncias; mais precisamente, essa é a relação com o tempo que a este adere através de uma dissociação e um anacronismo. (AGAMBEN, 2009, p. 58-9)

⁸ É a norma, e não a lei, aquilo que mais interessa a Foucault. Seu objetivo não é explorar a “[...] normatividade da lei, [...], mas explorar a dimensão da normatividade da lei enquanto esta possa estar implicada com os mecanismos de normalização. (FONSECA, 2014, p. 145)

O contemporâneo é essa singular relação com o tempo, em um movimento que mantém fixo o olhar para perceber, não suas luzes, mas o escuro: “Perceber no escuro do presente essa luz que procura nos alcançar e não pode fazê-lo, isso significa ser contemporâneo.” (AGAMBEN, 2009, p. 65). Perceber o escuro da contemporaneidade não é inércia ou passividade, mas implica neutralizar as luzes que provêm da época para descobrir suas trevas. Por isso, que o presente que a contemporaneidade percebe tem as suas “vértebras quebradas”. O contemporâneo que fraturou as vértebras de seu tempo, faz dessa fratura lugar de compromisso e de um encontro entre os tempos e as gerações (AGAMBEN, 2009).

Realço a tonalidade contemporânea deste estudo, principalmente, pelo redirecionamento recente do caminho que vinha sendo trilhado pela reforma psiquiátrica brasileira, que situava os CAPS – Centro de Atenção Psicossocial como articuladores da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial e como principal dispositivo do cuidado extra-hospitalar, após superação do modelo manicomial, fortemente marcado pela internação em instituições asilares e psiquiátricas de longa permanência (*Lei 10.216*, de 06/04/2001 e *Portaria GM 336*, de 19/02/2002), ou seja, os impróprios e inconvenientes, enfim, os desadaptados tinha como destino a invisibilidade nessas instituições asilares e manicomiais. A partir da lei da reforma psiquiátrica, 2.096 CAPS foram implantados no Brasil, em um complexo processo de desinstitucionalização dos sujeitos asilados e de oferta de tratamento em liberdade para quem precisa de cuidados em saúde mental, cujo funcionamento prevê as portas abertas e o atendimento integral, inclusive durante as crises.

A reforma psiquiátrica seguia seu curso. Porém, na data de 24 de maio de 2016, o ministro (então) interino Osmar Terra, do Ministério do Desenvolvimento Social, do governo (então) interino de Michel Temer, declara a intenção de (re)configurar o papel dos CAPS como “serviços de retaguarda”, ou seja, o atendimento aconteceria após a internação (principalmente a internação em comunidade terapêutica), indicando a internação como porta de entrada e como recurso primeiro (e não extremo e excepcional) para o tratamento do usuário de álcool e outras drogas.

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas poderia ser transferida do ministério da Justiça para o ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, pasta de Osmar Terra, conforme anunciado na data de 24 de maio de 2016, pelo ministro, em reunião com representantes das comunidades terapêuticas. Em entrevista em áudio, publicada no site da Jovem Pan, site Uol, o ministro faz a seguinte declaração:

Eu sempre defendi, eu fui o primeiro secretário estadual do Brasil a criar programa de financiamento das comunidades terapêuticas. Eu acredito no trabalho das

comunidades terapêuticas desde que eles sigam as evidências de resultados, de evidências científicas, tenham acompanhamento técnico adequado. São muito mais eficientes, principalmente no início da recuperação de um dependente químico do que os próprios CAPS álcool e drogas, que devem cumprir um papel depois do tratamento em comunidade terapêutica. Eu tenho essa convicção e essa vivência. Eu fui oito anos secretário estadual da saúde e posso te dizer isso com todas as letras. O resultado de um trabalho de uma comunidade terapêutica tecnicamente bem adequada, ele tem um resultado muito superior de ganhar e de trazer de volta para o convívio social, de trazer para a abstinência os dependentes químicos que os próprios CAPS álcool e drogas. O CAPS álcool e drogas tem um trabalho importante depois. Então as comunidades terapêuticas, sempre incentivamos, nós colocamos no nosso, no meu projeto de lei sobre droga a possibilidade de conveniar com as comunidades terapêuticas. E pretendo como ministro do desenvolvimento social e agrário trabalhar com essa possibilidade também. Trazer para o ministério inclusive o financiamento e garantir que elas possam funcionar pelo menos em número maior do que tem hoje. Possam funcionar para poder atender a comunidade e o país inteiro. (TERRA, 2016)

Essas declarações significam, segundo o MNLA – Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, retrocesso e empecilho à ampliação da rede de atenção psicossocial antimanicomial, conforme *Nota de repúdio às declarações do ministro interino Osmar Terra*, formulada pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e pelos participantes do V Congresso Brasileiro de Saúde Mental, em 28 de maio de 2016.

Em tempos de mudanças no cenário político nacional, os delineamentos mudam seguidamente, exigindo revisão contínua do meu empreendimento de pesquisa. Sigamos: a SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas não foi transferida para a pasta de Osmar Terra, que segue no ministério do desenvolvimento social e agrário, porém agora com cadeira no CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, como representante do MDS. O presidente Michel Temer indica para a SENAD o coronel da reserva da Polícia Militar de São Paulo, Roberto Alegretti: “[...] com uma carreira marcada por cargos burocráticos, ele não tem longa experiência com a questão das drogas no país, mas, formado em psicologia, é descrito como um policial mais aberto ao diálogo do que a linha dura da corporação.” (DANTAS, 2016). A indicação de Roberto Alegretti para dirigir a secretaria de drogas do país gera críticas de grupos sociais ligados ao assunto. Segundo Dantas (2016):

Para essas entidades, a medida (*indicação de um militar*) pode provocar um retrocesso, uma vez que a questão vinha sendo abordada de um ponto de vista mais humanitário, de tratar o uso de entorpecentes como uma questão de saúde, sem repressão policial. Uma petição na internet reúne quase 800 assinaturas contra a indicação.

Trata-se da *Petição contra a indicação do Coronel da Polícia Militar de São Paulo Roberto Allegretti para o cargo de Secretário Nacional de Política de Drogas - SENAD/ Ministério da Justiça* do site Avaaz.org – Petições da comunidade, também aprovada na sessão

plenária final do 5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, que na data de 19 de outubro de 2016 contava com 1.025 assinaturas.

A configuração (ou crise) política brasileira contemporânea parece mudar em um átimo. Em 26 de abril de 2017 o ministro da Justiça e Segurança Pública, Osmar Serraglio, deu posse ao novo secretário Nacional de Políticas sobre Drogas, Humerto de Azevedo Viana. Natural de Pernambuco, o titular sucede o coronel Roberto Allegretti e acumula experiências em administração pública e ressocialização de presos. Ex-secretário nacional de Defesa Civil do Ministério da Integração durante o governo Dilma e ex-secretário de Administração Penitenciária de Pernambuco, Humberto Viana assume o comando da Senad, após dois meses de vacância do cargo. O último secretário, Roberto Allegretti, deixou o posto logo após Alexandre de Moraes deixar o Ministério da Justiça para ocupar uma vaga de ministro do Supremo Tribunal Federal (STF).

Atentemos aos discursos de produção dessa mudança:

Em busca de votos para aprovar as reformas trabalhista e da Previdência no Congresso Nacional, o governo está negociando até mesmo cargos em órgãos estratégicos para a segurança do País. Nesta semana, a Casa Civil nomeou um aliado do deputado Kaio Maniçoba (PMDB-PE) para comandar a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, vinculada ao Ministério da Justiça, em troca do apoio do peemedebista à reforma trabalhista. A portaria de nomeação do pernambucano Humberto de Azevedo Viana Filho para o cargo de secretário nacional de Políticas sobre Drogas foi expedida pela Casa Civil na última quinta-feira, 20, e publicada na edição dessa segunda-feira, 24, do Diário Oficial da União (DOU). Foi graças à nomeação que o governo conseguiu, dias antes, virar o voto de Maniçoba na votação do regime de urgência para tramitação da reforma trabalhista na Câmara. (GADELHA, 2017)

Ainda. Em 31 de agosto de 2017, o coordenador de saúde mental do Ministério da Saúde, Quirino Cordeiro Filho, em reunião da CIT – Comissão Intergestora Tripartite apresenta uma avaliação da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial. Nessa reunião, os representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde defenderam a retomada da estratégia de expansão dos hospitais psiquiátricos, em substituição a política em vigor, iniciada em 2001 (SUS..., 2017).

Vejamos, pois: o movimento da luta antimanicomial nos mostra a efetivação dos dispositivos de cuidado extra-hospitalar e o fortalecimento dessa rede de atenção psicossocial, amplamente defendida por trabalhadores e usuários de saúde mental, seja nos movimentos pela luta antimanicomial (como o dia 18 de maio, dia nacional da luta antimanicomial, quando predominam passeatas e movimentos de ocupação das ruas por usuários e trabalhadores de saúde mental com frases de ordem enfatizando a luta por uma sociedade sem manicômios e pela redução de danos como política de cuidado ao usuário de álcool e outras drogas), seja pela

implantação e efetivação desses 2.096 CAPS no Brasil após a reforma psiquiátrica, seja nas discussões acadêmicas e na ampliação do repertório sobre os conceitos de reabilitação, reinserção psicossocial, redução de danos, clínica ampliada, sofrimento psíquico, antiproibicionismo e uso de substâncias psicoativas. Desde a aprovação da Lei 10.216, em 2001, a OMS – Organização Mundial da Saúde – vem acompanhando o processo brasileiro, com todas as suas dificuldades e problemas. Esse é um dos processos nacionais que a entidade cita como exemplo de enfrentamento da iniquidade em saúde mental. Enfrentamento, não solução ou milagre e, sim, compromisso concreto do estado nacional com a questão da saúde mental. No mundo inteiro, são 10 os países mencionados como exemplo (dos 190 países do sistema das Nações Unidas), entre os quais o Brasil (WHO, 2008).

Por outro lado, nota-se o recrudescimento dos discursos como o do ministro Osmar Terra, pela defesa das internações, sobretudo as involuntárias e compulsórias, pela defesa das comunidades terapêuticas e criminalização do uso de drogas (MATAIS; MORAES, 2016; GARCIA, 2016). Notemos que em 31 de agosto de 2017 o secretário de Saúde do município de São Paulo, Wilson Pollara, afirmou que "[...] não há dúvida de que a volta das vagas em hospitais psiquiátricos é um dos temas mais importantes". (SUS..., 2017).

São as relações de saber-poder sobre o sujeito em sofrimento mental, seus dispositivos e instituições, pois, que parecem estar em disputa e (re)inscrevem a contemporaneidade desse trabalho.

No relevo dos significados dessa dissertação, demarco seu vulto e valor acadêmico, seja pela lacuna de trabalhos dessa natureza em língua portuguesa ou pela análise arqueogenealógica dos monumentos médico-legais do dispositivo da internação compulsória.

Retomo as citações inaugurais desta seção com Dostoiévski e Foucault de modo a evidenciar o problema da norma e a fim de assumir como objeto de pesquisa esses discursos que sancionam para o homem contemporâneo a razão como natureza e a própria possibilidade de se produzir como subjetividade. Se, conforme Foucault (1975), a circularidade⁹ caracteriza o discurso médico sobre o modo patológico com o qual o sujeito experimenta a sua angústia perante as contradições da existência, não estariam, poder judiciário e as instituições públicas de saúde (entendidos como dispositivos do biopoder¹⁰), aderindo, em seus dispositivos

⁹ A circularidade é apontada em *Doença Mental e Psicologia* “Certamente, todo indivíduo sentiu angústia e erigiu condutas de defesa; mas o doente vive sua angústia e seus mecanismos de defesa numa circularidade que os faz defender-se contra a angústia com os mecanismos que lhe estão ligados historicamente, que, por isso, exaltam-no ao máximo, e ameaçam incessantemente fazê-la ressurgir. Em oposição à história do indivíduo normal, esta monotonia circular é o traço da história patológica.” (FOUCAULT, 1975, p. 51).

¹⁰ O biopoder será abordado nos capítulo 2 deste estudo.

estratégicos, à monotonia circular que se observou nas genealogias foucaultianas do patológico? Ao que parece, a circularidade é aquela vislumbrada em Dostoiévski e a “pobre menina” de *Crime e Castigo*: hospital, vinhos, bodegas, de novo o hospital.

Aqui justifico a escolha pela internação compulsória, problema político-jurídico-científico, “ponto de encontro da relação verdade-justiça – um dos temas fundamentais da filosofia ocidental”:

Afinal de contas, é um dos pressupostos mais imediatos e mais radicais de todo discurso judiciário, político, crítico, o de que existe uma pertinência essencial entre o enunciado de verdade e a prática da justiça. Ora, acontece que, no ponto em que vêm se encontrar a instituição destinada a administrar a justiça, de um lado, e as instituições qualificadas para enunciar a verdade, do outro, sendo mais breve, no ponto em que se encontram o tribunal e o cientista, onde se cruzam a instituição judiciária e o saber médico ou científico em geral, nesse ponto são formulados enunciados que possuem o estatuto de discursos verdadeiros, que detém efeitos judiciários consideráveis e que têm, no entanto, a curiosa propriedade de ser alheio a todas as regras, mesmo as mais elementares, de formação de um discurso científico; de ser alheios também às regras do direito e de ser, no sentido estrito [...] grotescos. (FOUCAULT, 2013, p. 11 [1975])

Grotesco, em sentido estrito, é o fato de um discurso ou indivíduo possuir por estatuto efeitos de poder de que sua qualidade intrínseca deveria privá-los. O grotesco ou ubuesco¹¹ define uma categoria precisa da análise histórico-política. O terror ubuesco, a maximização dos efeitos do poder a partir da desqualificação de quem os produz configuram-se em uma das engrenagens inerentes dos mecanismos de poder. Mostrar o poder como abjeto, infame, ubuesco ou simplesmente ridículo, não para delimitar seus efeitos, ao contrário, para manifestar de forma mais patente a incontornabilidade e a inevitabilidade do poder, que pode precisamente funcionar com todo seu rigor, mesmo quando nas mãos de alguém desqualificado (FOUCAULT, 2013, p. 11-13 [1974-1975]). Nessa análise, tomo a mesma direção procurando identificar as tecnologias de poder que animam os discursos, fazendo-os funcionar a partir da instituição¹² científica e judiciária. Afinal, se o sujeito alvo da internação compulsória não cometeu crimes que justifiquem sua pena ou absolvição, o que se avalia então: suas faltas sem infração ou seus comportamentos sem ilegalidades?

¹¹ Em nota Michel Foucault refere que o “adjetivo “ubuesco” foi introduzido em 1922, a partir da peça de A. Jarry, *Ubu roi*, Paris, 1986. *Grand Larrousse*, VII, 1978, p. 6319: “Diz-se do que por seu caráter grotesco, absurdo ou caricato, lembra o personagem Ubu”; Le Grand Robert, IX, 1852, p. 573: “Que se assemelha ao personagem Ubu Rei (por um caráter concomitantemente cruel, cínico e covarde ao extremo.” (FOUCAULT, 2013, p. 25 [1974-1975]).

¹² “Geralmente se chama instituição todo comportamento mais ou menos coercitivo, aprendido. Tudo que em uma sociedade funciona como um sistema de coerção, sem ser um enunciado, ou seja, todo o social não discursivo é a instituição”. (FOUCAULT, 2015h, p. 368 [1977])

Sobre a escolha do *alcoholismo* como objeto, ainda cabe marcar duas motivações importantes: a licitude da sua venda e comercialização, que muda a relação do sujeito com a sua substância de preferência; igualmente, a ampliação dos discursos acerca do uso e abuso do álcool.

Observemos o discurso das estatísticas, uma das tecnologias caras ao biopoder. Segundo Carlini (2001), no Brasil, os problemas relacionados ao uso do álcool são maiores que os relacionados às drogas. Apesar de a idade mínima para comprar bebida alcoólica ser 18 anos, o acesso ao álcool é relativamente fácil, conforme apresenta Romano (2007), em estudo conduzido na cidade de São Paulo. Já estudo da Organização Mundial da Saúde, publicado em 2011, aponta que, no Brasil, o consumo anual de álcool *per capita* foi estimado em aproximadamente 9 litros de álcool puro por adulto, quantidade acima da média mundial de 6,5 litros (WHO, 2011).

Schramm (2004) traz à tona, ainda, outra pesquisa da OMS, do Banco Mundial e da Universidade de Harvard denominado *Global Burden of Disease* (Carga Global de Doenças), realizado em 1990, com o objetivo de medir o impacto de mais de cem doenças, lesões e fatores de risco, comparativamente, entre oito macrorregiões globais, e, com isso orientar as necessidades de saúde do mundo, segundo o discurso do risco. O uso do álcool mostrou ser o principal *fator de risco* para carga de doenças, contabilizando 11% dos anos de vida perdidos por incapacitações. O índice encontrado para os homens brasileiros esteve atrás apenas do encontrado para os homens russos, dado evidenciado em um estudo comparativo sobre o grau de incapacitação decorrente do uso de álcool entre dez países do mundo, a saber, Rússia, China, Alemanha, EUA, Tailândia, África do Sul, Japão, Índia e Nigéria, além do Brasil. Entre as mulheres, os enunciados eram igualmente preocupante: as brasileiras ocupam o terceiro lugar, somente após o índice obtido para mulheres russas e americanas.

A relação entre alcoholismo e incapacidade laboral sinaliza aqui seu alcance e permanece na contemporaneidade, como essa dissertação permitirá ver, sobretudo pela variável de gênero. Aos homens caberá a dimensão do trabalho formal e remunerado, enquanto às mulheres caberá a hipoteca da maternidade e do trabalho doméstico. No argumento que defendo aqui sobre o recrudescimento dos discursos normativos e do moralismo que insiste em retomar às práticas em saúde mental, as linhas de exclusão e marginalização se estreitaram sobre o sujeito *alcoolista* “incapacitado para o trabalho”.

Façamos um parêntese e pensemos o *risco* indicado nas estatísticas. É necessário que prestemos atenção às implicações e produções que emergem desta noção, tão *inocentemente* empregada no nosso cotidiano e em suas implicações para o governo dos homens. A noção de

risco “[...] possibilita entender como são definidas as relações entre governantes e governados: ou seja, a quem compete legislar sobre os riscos nas diferentes esferas do fazer humano.” (SPINK, 2000, p.159-160). Assim, entra em cena o fenômeno da gestão dos riscos de ordem biopolítica, que passa a constituir-se como uma forma de governo das populações. De acordo com a psicóloga e pesquisadora brasileira Mary Jane Paris Spink “[...] para cada risco, cria-se a necessidade de avaliação e regulação, com a conseqüente contratação de especialistas e criação de comissões técnicas responsáveis pela avaliação dos riscos.” (SPINK, 2000, p. 169). Neste gerenciamento dos riscos, a ênfase está colocada no processo de normatização, disciplinarização e governo. Do entrecruzamento das tecnologias de dominação com as tecnologias do sujeito, produz-se, segundo Foucault (2005 [1975-1976], p.291), esse efeito da governamentalidade, “[...] esta forma bastante específica e complexa de poder que tem por alvo a população”.

Pontuo nesse momento que o conceito de poder adotado para o presente estudo origina-se da noção foucaultiana de poder relacional. O francês postula a existência de duas concepções de poder: uma negativa, que seria o poder repressor, coercitivo, fortemente identificado ao poder do Estado; e uma positiva, o importante é destacar aqui o poder positivo, que por sua vez, é mais eficaz na medida em que os discursos que são produzidos são transformados em verdades, em realidades objetivas das quais os indivíduos muitas vezes sentem-se incapazes de escapar. Esse poder não é repressor, ele exige que se fale, ele é prolixo e produtor de realidades. (FOUCAULT, 2005 [1975-1976]). Todo esse repertório estatístico acerca do uso e do abuso do álcool pode ser lido como parte de estratégias de emergência discursiva da figura do *alcoologista* na contemporaneidade, um fazer falar que produz conceitos e objetos do saber, os sujeitos que enunciam (da medicina e do campo jurídico) e que são “falados” (os *alcoologistas*).

O importante, aqui, será questionar, arqueogeneologicamente, a própria categoria de sujeito e a partir daí suas variantes ligadas ao problema do álcool – o sujeito *alcoologista*. Além disso, é tarefa deste projeto observar o caráter (bio)político e de relações de poder que permeiam e perpassam o processo da internação compulsória.

Dessa perspectiva e seguindo os parâmetros de uma arqueogeneologia dos discursos, o imperativo desse trabalho é atentar para as estratégias de proliferação dos discursos acerca da patologização do *alcoologista*, e de como estas passaram a guardar em si o poder de ontologizar (assim como o dispositivo sexual opera, produzindo a sexualidade, eis uma hipótese) os indivíduos por uma rede de mecanismos de normalização que, em última análise, fariam a correspondência direta entre uso do álcool e interioridade subjetiva.

Isto posto, o objetivo geral desta pesquisa é **traçar uma análise, segundo a perspectiva de uma arqueogenealogia, das práticas profissionais e jurídicas no tratamento em saúde mental, segundo uma axiologia que difere sujeitos saudáveis e doentes. Essas práticas discursivas da anormalidade¹³ tornam-se tão problemáticas a ponto de submeter um sujeito dito *alcoologista* ao tratamento compulsório, sob pena de condução coercitiva até a unidade hospitalar. Para tanto, reitero como *objeto de pesquisa* a problematização dos laudos profissionais e os mandados emitidos pelo Poder Judiciário, questionando-os a partir dos discursos de normatização dos comportamentos e da produção de um modo de subjetivação específico, o do corpo dócil, obediente e produtivo, investigando a estratégia arqueogenealógica de manutenção de uma discursividade que ratifica o *alcoologista* como um anormal, principalmente sob a égide da saúde e da vida. Sigo com Foucault:**

[...] De onde lhes vem esse poder? Da instituição judiciária, talvez, mas eles o detêm também do fato de que funcionam na instituição judiciária como discursos de verdade, discursos de verdade porque discursos com estatuto científico, ou como discursos formulados, e formulados exclusivamente por pessoas qualificadas, no interior de uma instituição científica. Discursos que podem matar, discursos de verdade e discursos – vocês são prova e testemunha disso – que fazem rir. E os discursos de verdade que fazem rir e que têm o poder institucional de matar são, no final das contas, numa sociedade como a nossa, discursos que merecem um pouco de atenção. (FOUCAULT, 2013, p. 07 [1975])

Fundamentalmente este estudo tem, ainda, os seguintes objetivos secundários:

- apresentar o discurso sobre o *alcoolismo* no contemporâneo, a fim de problematizar, por um lado, a produção do *alcoolismo* como doença a partir da assunção do regime capitalista (SANTOS, 2010; CARVALHO, 2012), sob a emergência da produção discursiva acerca da figura do anormal, que permitiu o surgimento da relação entre instituições de saúde e o Poder Judiciário, desempenhada através da internação compulsória, uma das formas mais pujantes da biopolítica e do biopoder sobre os corpos dos sujeitos ditos *alcoologistas*;

- problematizar a configuração dos serviços extra-hospitalares propostos pela reforma psiquiátrica brasileira, os CAPSad - Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas, que mesmo sob o paradigma da desinstitucionalização, mantém a normatização ou patologização do ato de ingerir substâncias alcoólicas através do discurso técnico (dos técnicos aptos a dizer), em relações de saber-poder. Nesse caso, o importante será traçar as estratégias pelas quais o usuário de álcool vai tornar o sujeito com transtorno mental e de comportamento

¹³ Essas práticas discursivas da anormalidade serão tratadas em capítulo posterior.

decorrente do uso do álcool, o *alcoologista*, a quem a medicina e a psicologia identificarão de uma identidade psíquica diametralmente oposta ao sujeito sadio. Por intermédio dessas disciplinas se solidificará a assunção do normal e do patológico e da indicação do tratamento obrigatório;

- discutir a permanência e/ou a transformação dos discursos acerca das indicações das internações compulsórias a partir da consolidação do CAPSad, ou seja, identificar se há táticas de resistência construídas a partir dos discursos profissionais com o amadurecimento das estratégias de cuidado ambulatorial e extra-hospitalar, daí a decisão de analisar os laudos de 2010 a 2016. Nesse caso, é preciso atentar não apenas para a confluência dos diversos jogos de poder e resistência dos profissionais e suas respectivas tomadas de decisão sobre a indicação ou não da necessidade do tratamento hospitalar coercitivo; mas para a existência ou não de transformação na dinâmica dos critérios norteadores das decisões de internação hospitalar, que corroboram estrategicamente para a ascensão do discurso desinstitucionalizante da reforma psiquiátrica brasileira (aqui, a hipótese seria a de nova reconfiguração no dispositivo e dos critérios de internação desde a sua implantação);

- finalmente, questionar as formas de subjetivação dos sujeitos implicados nas diversas modalidades de comportamentos considerados como anormais e doentes, levantando a hipótese de uma permanência do binarismo normal e patológico como imperativo no tratamento em saúde mental no contemporâneo.

Sobre as contribuições da produção acadêmica no contemporâneo, assumo com a filósofa norte-americana Judith Butler (2009, 2015) a tarefa de considerar que certas vidas não são qualificadas como vidas, de acordo com certos enquadramentos epistemológicos e, então, nunca serão vividas nem perdidas, no sentido pleno dessas palavras; e, com o italiano Giorgio Agamben (2004, 2007, 2014a, 2014b), argumento sobre o ponto de intersecção entre o modelo jurídico-institucional e o modelo biopolítico do poder, e a implicação da vida nua, isto é, a vida matável e insacrificável do *homo sacer*.

Demarco a dimensão ética dessa pesquisa, inscrevendo esse trabalho a partir do relato do meu e lugar e minha geografia, nesse contexto como profissional da saúde mental, examinando como “[...] a política crítica relaciona-se com a ética e, com efeito, com a moral que por vezes exige que o sujeito faça um relato de si mesmo em primeira pessoa.” (BUTLER, 2015, p. 34). Espero, na esteira do pensamento butleriano, marcar que a moral não é um sintoma

das condições sociais, tampouco um lugar de transcendência dessas condições, mas é essencial para determinar a ação e a possibilidade da esperança. Com Foucault, talvez seja possível mostrar que a questão da ética surge precisamente nos limites de nossos esquemas de inteligibilidade, lugar onde nos perguntamos o que significaria continuar um diálogo em que não se pode assumir nenhuma base comum, onde nos encontramos, por assim dizer, nos limites do que conhecemos, mas onde ainda nos é exigido dar e receber reconhecimento.

Discutir os resultados através da produção organizada de outros discursos permite ao “discurso popular uma característica de resistência, de contra-palavra, de dialogismo e de crítica”. Esse poder-saber criativo e relativamente autônomo (em relação à cultura “erudita”), ora, pode ser lido de acordo com os enunciados de uma crítica do presente, foucaultianamente, **“[n]uma ontologia da atualidade, uma ontologia da modernidade, uma ontologia de nós mesmos”** (FOUCAULT apud BUTTURI JUNIOR, 2015, p. 3, grifo do autor).

Esse saber-poder criativo refere-se à circulação do poder e do discurso na contemporaneidade: “[...] as resistências, que deslocam, transformam e produzem criativamente novas formas de saber e novos modelos de subjetivação; a da inversão e da criação de outros valores, diante da circunscrição das práticas ‘oficiais’ ou ‘da elite’” (BUTTURI JUNIOR, 2015, p. 02). Propondo uma releitura foucaultiana (à luz das discussões de Bakhtin e Ginzburg) Butturi Junior fala sobre a “produção criativa e organizada de outros discursos” (p. 03). Podemos ainda demarcar esse saber-poder criativo àquilo que Butturi Junior (2015) chama “viragem”, que (para fins didáticos poder-se-ia dizer estar circunscrito à “terceira fase” da produção de Michel Foucault) que aborda a ética e a estética da existência:

Segundo uma crítica e uma elaboração da resistência, em *Sujeito e Poder*, Foucault (2014, p.221) solicita uma viragem que “[...] consiste em tomar as formas de resistência aos diferentes tipos de poder como ponto de partida”. O projeto foucauldiano volta-se, pois, para as “estéticas da existência”, “[...] nosso trabalho sobre nós mesmo como seres livres” (FOUCAULT, 1995, p.347), cuja capacidade é a de ultrapassar a sujeição dos códigos morais do dispositivo num “[...] trabalho realizado no limite de nós mesmos” (p.347). (BUTTURI JUNIOR, 2015, p. 04)

Finalizo este estudo propondo essa ontologia crítica de nós mesmos. Sob a inspiração de Bataille, Foucault propõe, em 1963, essa ontologia crítica fundada na ideia de transgressão. Essa ontologia crítica, esse pensamento do ser e da finitude, interroga sobre em que proveito essa operação de isolamento é realizada: “O jogo instantâneo do limite e da transgressão seria, nos nossos dias, a prova essencial de um pensamento [...] que seria absolutamente e, num mesmo movimento, uma Crítica e uma Ontologia, um pensamento que pensaria a finitude do ser?” (FOUCAULT, 2001 p. 35 [1994]).

É o próprio Foucault, portanto, que se inscreve nesta vertente da crítica filosófica moderna, caracterizando suas histórias como ontologias da atualidade, ou mais precisamente, como ontologias históricas críticas que traçam um diagnóstico de nossa situação presente. Diagnóstico centrado na problemática levantada por Kant neste texto de 1784, relativa a: “Que é que nos ocorre”; “Quem somos nós neste preciso momento da história?” que coloca novas tarefas à reflexão filosófica, no sentido da busca de respostas para as questões correntes e da realização de um trabalho ético consigo mesmo. Tarefas correlatas desta revolução que se opera no pensamento no limiar de nossa modernidade, e implica uma redefinição do exercício de pensar ou da prática da filosofia, recolocada a partir de então, como *ethos*: “vida filosófica” (FOUCAULT, 2001 [1994]). A história da subjetividade – à qual dedicou seus últimos vinte anos de trabalho – se desdobra em três ontologias críticas de nossa situação presente: uma ontologia histórica de nós mesmos em relações com a verdade que nos constituem como sujeitos de conhecimento; uma ontologia histórica de nós mesmos em relações de poder que nos constituem como indivíduos socialmente normalizados; uma ontologia histórica de nós mesmos em relações éticas nas quais nos reconhecemos como sujeitos morais. Estas ontologias se inscrevem no quadro de uma história crítica do pensamento e se abrem para aquilo que Foucault denomina “uma história política da verdade” (PRADO FILHO, 2008).

De modo a evidenciar a produção desses discursos, o estudo seguirá o seguinte itinerário. No segundo capítulo, apresento a arqueogenealogia foucaultiana, enfatizando o biopoder e o poder das disciplinas, que produzem processos de subjetivação sobre a figura do “anormal”, fazendo notar uma perspectiva metodológica – não uma série de procedimentos de extração da verdade, mas um olhar específico sobre os objetos de saber. No terceiro capítulo argumento acerca da produção do sujeito e sobre a produção do *alcooolismo*, sobre as linhas de força relacionadas com a dimensão do poder que criam e fixam jogos estratégicos de saber sobre as práticas discursivas envolvidas nesse dispositivo, bem como discuto a internação compulsória como política do Estado governamentalizado. Nessa análise, apresento a dimensão do biopoder e dos processos de subjetivação, que convocam e promovem toda uma série de instituições, procedimentos, técnicas, estratégias e instrumentos criados para oferecer respostas ao problema do *alcooolismo*, permitindo a criação de possibilidades e (des)caminhos do próprio sujeito, indicando a articulação plena entre o poder judiciário e o saber das disciplinas. Finalmente, no quarto capítulo, discuto os enunciados e enquadramentos normativos produtores do sujeito *alcooolista*, suas condições de existência e emergência, bem como a tarefa sempre problemática que as disciplinas assumem para si através da internação compulsória. A discussão normativa perpassa a obscuridade dos enunciados pretensamente científicos e

epistemologicamente válidos, e sua função sempre urgente de normatizar e individualizar a precariedade das vidas que não são passíveis de serem vivíveis. Esta dissertação, assim, inscreve-se como um modo resistência, especialmente pelo desejo perturbador de denunciar a compulsoriedade da norma.

2 A ARQUEGENEALOGIA DE MICHEL FOUCAULT

2.1 Primeiras considerações: Foucault

No transcorrer de suas investigações históricas absolutamente concretas – seja buscando em fontes documentais até então desconhecidas ou desprezadas porque tidas como insignificantes ou infames, ou colocando um olhar diferente sobre o que todos já pensavam conhecer ou *saber* – parece haver em Foucault, como que um gradiente, ainda que descontínuo, que vai da arqueologia à ética, passando pela genealogia. Percorro esse caminho com o francês, evidenciando seu (anti)método.

Na esteira do antimétodo foucaultiano, ressalto que ele fala em *saberes* e não em ciência, conforme pontua Deleuze, no seu livro *Foucault*:

[...] o saber não é a ciência, não é separável desse ou daquele limiar onde ele é tomado: nem da experiência perceptiva, nem dos valores do imaginário, nem das ideias das épocas ou dos dados das opiniões correntes. O saber é a unidade de estrato que se distribui em diferentes limiares, o próprio extrato existindo apenas como empilhamento desses limiares sob orientações diversas, das quais a ciência é apenas uma. Há apenas práticas, ou positivities, constitutivas do saber: práticas discursivas de enunciados, práticas não discursivas de visibilidades. Mas estas práticas existem sempre sob os limiares arqueológicos cujas repartições móveis constituem as diferenças históricas entre os extratos. Esse é o positivismo ou o pragmatismo de Foucault; nunca houve problema quanto às relações entre a ciência e a literatura, o imaginário e o científico ou o sabido e o vivido, porque a concepção do saber impregnava e mobilizava todos os limiares transformando-os em variáveis do estrato enquanto formação histórica. (DELEUZE, 2006, p. 61 [1988])

Sob tal olhar, vou adiante e argumento com Foucault, quando insiste que *A arqueologia do saber* não é um livro metodológico:

O horizonte ao qual se dirige a arqueologia não é pois uma ciência, uma racionalidade, uma mentalidade, uma cultura; é um emaranhado de interpositividades cujos limites e pontos de cruzamentos não podem ser fixados de imediato. A arqueologia: uma análise comparativa que não se destina a reduzir a diversidade dos discursos nem a delinear a unidade que deve totalizá-los, mas sim a repartir a sua diversidade em figuras diferentes. A comparação arqueológica não tem um efeito unificador, mas multiplicador. (FOUCAULT, 2014, p. 195 [1969])

Abraham (1993 [1975-1976]), no prólogo do livro *Genealogia del Racismo*, diz que a genealogia é uma perspectiva de trabalho:

[...] la extensión y operatividad de la genealogía, palabra que designa su perspectiva de trabajo. Luego hace jugar esta perspectiva en un aspecto clave de la biopolítica, la que concierne al racismo. La genealogía se inscribe en la tradición nietzscheana que articula las luchas con la memoria, describe las fuerzas históricas que en su

enfrentamiento hicieron posible las culturas y las formas de vida. (ABRAHAM, 1993, p. 8 [1975-1976])

Pretendo resgatar esses terrenos próprios da arqueologia e da genealogia, “[...] procedimentos metodológicos que englobam-se [sic] em círculos cada vez mais amplos, mas não se substituem, absolutamente” (MOREY, 2008, p. 16 [1991]). Isso não significa que aquela que engloba (genealogia) seja mais ampla, mais abrangente do que a englobada (arqueologia), pois nesse caso seria supor uma territorialidade metodológica que não existe em Foucault. O que há, no máximo, é um “englobamento temporal”; mesmo, uma articulação entre ambas (MOREY, 2008, p. 16 [1991]).

Em *A ordem do discurso*, Foucault (2014, p. 62 [1970], grifos meus) fala dessa articulação entre a arqueologia e a genealogia, nodal para aquilo que aqui se trata:

Na verdade, estas duas tarefas não são nunca inteiramente separáveis; não há, de um lado, as formas da rejeição, da exclusão, do reagrupamento ou da atribuição; e de outro, em nível mais profundo, o surgimento espontâneo dos discursos que, logo antes ou depois de sua manifestação, são submetidos à seleção e controle. A formação regular do discurso pode integrar, sob certas condições e até certo ponto, os procedimentos de controle (é o que se passa, por exemplo, quando uma disciplina toma forma e estatuto de discurso científico); e, inversamente, as figuras de controle podem tomar corpo no interior de uma formação discursiva (assim, a crítica literária como discurso constitutivo do autor): de sorte que toda tarefa crítica, pondo em questão as instâncias de controle, deve analisar ao mesmo tempo as regularidades discursivas através das quais elas se formam; e toda descrição genealógica deve levar em conta os limites que interferem nas formações reais. Entre o empreendimento crítico e o empreendimento genealógico, a diferença não é tanto de objeto ou de domínio mas, sim, de ponto de ataque, de perspectiva e de delimitação.

Essas considerações sobre os lugares onde (não) está Michel Foucault objetivam demarcar que o arcabouço foucaultiano como sobre o sujeito e sua produção são privilegiadas ferramentas¹⁴ para a presente investigação. A preocupação de Foucault com a historicidade do sujeito possibilitou – e possibilita – colocar em xeque práticas históricas e hegemônicas de exclusão, de produção e categorização dos viventes. Foucault não toma o sujeito como uma essência pré-histórica, ou a-histórica, nem como condição primeira de todas as coisas. Ele também não imagina o sujeito como núcleo central, a partir do qual seriam construídos todos os outros conceitos que formariam seu pensamento que, assim, seria um projeto para mostrar o homem construindo sua própria libertação do jugo do poder. Percebe-se que não existe em Foucault um sujeito pré-estabelecido do qual emanariam as relações de poder. O sujeito do conhecimento é constituído, produzido dentro de uma conjunção de estratégias de poder. Ou

¹⁴ Adiante menciono a referência ao termo usado por Deleuze, no capítulo *Os intelectuais e o poder*, em *Microfísica do poder*.

seja, o sujeito é um produto das relações de poder – e de resistência. Na fase arqueológica e nos estudos genealógicos, o sujeito é, antes de tudo, objeto de poderes, saberes e instituições, um composto histórico resultando em uma determinada identidade produzida por forças em um determinado período histórico:

[...] estudei a objetivação do sujeito naquilo que eu chamarei de “práticas divisoras”. O sujeito é dividido em seu interior e em relação aos outros. Esse processo objetiva. Exemplos: o louco e o são, o doente e o sadio, os criminosos e os “bons meninos”. [...] Finalmente [...] tentei estudar o modo pelo qual um ser humano torna-se um sujeito. Por exemplo, eu escolhi o domínio da sexualidade – como os homens aprenderam a se reconhecer como sujeitos de “sexualidade”. Assim, não é o poder, mas o sujeito, que constitui o tema geral da minha pesquisa (FOUCAULT, 1995, p. 231 [1979])

Os trabalhos sobre a *loucura*, a prisão, a prática médica e a sexualidade deram visibilidade a temas marcados pela obscuridade do discurso científico sobre esses sujeitos, proporcionando que interrogações se espalhassem em todos os níveis sociais. O francês sugeriu uma forma de prosseguir em direção a uma nova economia das relações de poder, mais empírica e diretamente relacionadas às situações presentes, implicando relações mais estreitas entre teoria e prática. Essa nova economia de poder consiste no uso das formas de resistência contra as diferentes formas de poder como um ponto de partida. Mais do que analisar o poder do ponto de vista de sua racionalidade interna, ela consiste em analisar as relações de poder através de antagonismos de estratégias: “[...] para descobrir na nossa sociedade o que significa sanidade, talvez devêssemos investigar o que ocorre no campo da insanidade; e o que se compreende por legalidade, no campo da ilegalidade” (FOUCAULT, 1995, p. 234 [1979]).

Demarquemos o pacto teórico-ontológico foucaultiano para essa pesquisa de mestrado. Com a reforma da psiquiatria realizada no Brasil, com franca inspiração europeia, sobretudo italiana, vê-se nos últimos anos da década de setenta do século XX a formação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que passa a protagonizar os anseios e as iniciativas pela reforma da assistência psiquiátrica nacional (AMARANTE, 1996). O movimento pela reforma psiquiátrica vai deslocando suas práticas, teórica e politicamente, com delimitação do projeto das transformações em psiquiatria, que transcendem à busca de soluções exclusivamente técnicas ou administrativas, para remontar à questão a um só tempo teórica, política, cultural e social. Nesse discurso, o conceito de cidadania é a palavra-chave fundamental, na medida em que percorre os níveis anteriores e que, em razão do estatuto de alienação mental, ao *louco* é subtraída a possibilidade de inscrição no mundo da cidadania, no espaço da cidade, no mundo dos direitos (BIRMAN, 1992).

Foucaultianamente, eis aqui uma hipótese, esse deslocamento das relações de poder-saber sobre o *louco* através da desinstitucionalização (desinstitucionalização como desospitalização; desinstitucionalização como desassistência e desinstitucionalização como desconstrução (AMARANTE, 1996)) proposta pela reforma psiquiátrica brasileira, apenas situava o poder-saber sobre o *louco* em outro lugar. O interessante aqui é a ideia de que o poder-saber sobre o *louco* não está localizado em um ponto da estrutura social, como o manicômio, mas funciona como uma rede de dispositivos, sobretudo de ordem disciplinar. Como a disciplina implica a produção contínua de saberes, ela acaba por produzir novas relações de poder e de saber sobre o *louco*, agora com cidadania. Não se trata aqui de considerar essas novas relações de saber-poder construídas pela reforma da psiquiatria negativamente, muito pelo contrário. Cabe destacar que a grande importância estratégica que as relações de poder assumem desde o século XIX vem justamente do fato de elas não serem negativas, mas positivas, quando tiramos desse termo qualquer juízo de valor moral e pensamos unicamente na tecnologia política empregada. “Então surge umas das teses fundamentais da genealogia: o poder é produtor de individualidade. O indivíduo é uma produção do poder e do saber”. (MACHADO, p. 24 apud FOUCAULT, 2015 [1979]). O “louco cidadão” é fabricado agora por novas relações de saber e poder, e subjetivado por outros dispositivos. Não mais o manicômio, mas o CAPS. Não mais o enclausuramento, mas a internação em hospital geral, de curta permanência.

Na proposta teórico-filosófica de Michel Foucault, o sujeito recebe lugar de destaque nos processos históricos da constituição das relações de saber e de poder, em um trabalho fundado na crítica da *história contínua*. Esse sujeito é destacado pelo filósofo como uma derivada, um efeito de práticas discursivas e não discursivas construídas e consolidadas historicamente. O sujeito é constituído, e não constituinte, por atravessamentos discursivos, epistêmicos¹⁵, políticos e culturais. As maneiras de realizar a experiência de si e os processos de subjetivação são organizadas, então, conforme a produção e articulação de tais domínios, historicamente, e derivam do saber e do poder – mas não dependem apenas deles.

Essa forma de poder aplica-se à vida cotidiana imediata que categoriza o indivíduo, marca-o com sua própria individualidade, liga-o à sua própria identidade, impõe-lhe uma lei de verdade, que devemos reconhecer e que os outros têm que reconhecer nele. É uma forma de poder que faz dos indivíduos sujeitos. Há dois significados para a

¹⁵ Em *Sobre a história da sexualidade*, em entrevista publicada no livro *Microfísica do poder*, de 1977, Foucault define “*epistémè* como o dispositivo estratégico que permite escolher, entre todos os enunciados possíveis, aqueles que poderão ser aceitos no interior, não digo de uma teoria científica, mas de um campo de cientificidade, e a respeito do qual se poderá dizer: é falso, é verdadeiro. É o dispositivo que permite separar não o verdadeiro do falso, mas o inqualificável cientificamente do qualificável” (FOUCAULT, 2015h [1977], p. 368) Na última parte desse capítulo discuto o dispositivo na concepção foucaultiana.

palavra *sujeito*: sujeito a alguém pelo controle e dependência, e preso à sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento. Ambos sugerem uma forma de poder que subjuga e torna sujeito a. Geralmente, pode-se dizer que existem três tipos de lutas: contra as formas de dominação (étnica, social e religiosa); contra as formas de exploração que separam os indivíduos daquilo que eles produzem; ou contra aquilo que liga o indivíduo a si mesmo e o submete, deste modo, aos outros (lutas contra a sujeição, contra as formas de subjetivação e submissão). [...]. A conclusão seria que o problema político, ético, social e filosófico de nossos dias não consiste em tentar liberar o indivíduo do Estado, nem das instituições do Estado, porém nos liberarmos tanto do Estado quanto do tipo de individualização que a ele se liga. Temos que promover novas formas de subjetividade através da recusa deste tipo de individualidade que nos foi imposto há vários séculos. (FOUCAULT, 1995, p. 32-39 [1979])

A assim chamada teoria¹⁶ foucaultiana do sujeito e suas correlatas “metodologias” ou “perspectivas”¹⁷ – notadamente, arqueogenealógicas – apresentam-se como uma *caixa de ferramentas* para essa pesquisa de mestrado. Caixa de ferramentas é termo aqui adotado em referência àquele usado por Gilles Deleuze, em conversa com Michel Foucault, publicada no livro *Microfísica do Poder*¹⁸, no capítulo *Os intelectuais e o poder*, de 1972:

Exatamente. Uma teoria é como uma caixa de ferramentas. Nada tem a ver com o significante... É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico que deixa então de ser teórico, é que ela não vale nada ou que o momento ainda não chegou. Não se refaz uma teoria, fazem-se outras; há outras a serem feitas. E curioso que seja um autor que é considerado um puro intelectual, Proust, que o tenha dito tão claramente: tratem meus livros como óculos dirigidos para fora e se eles não lhes servem, consigam outros, encontrem vocês mesmos seu instrumento, que é forçosamente um instrumento de combate. A teoria não totaliza; a teoria se multiplica e multiplica. (FOUCAULT, 2015d [1972], p. 132)

Demarcada a inscrição deste trabalho no empreendimento arqueogenealógico foucaultiano, passemos ao referente do seu percurso intelectual.

2.2 A arqueogenealogia

¹⁶ No interior dessa lógica cabe aqui trazer o conceito de teorização, talvez mais apropriado do que simplesmente teoria. Parece que estamos diante de uma teoria que só *a posteriori* se revela como tal, ou seja, uma teoria que não -estava antes lá para guiar a investigação. Estamos diante, também, de uma metodologia cuja invariante, ao longo de toda a investigação, pode ser sintetizada no permanente envolvimento com a noção de *problematização*: tanto problematizando, enquanto atitude radicalmente crítica, quanto perguntando por que algo se torna ou é declarado problemático. Nesse sentido, mudando a maneira de problematizar e mudando os próprios problemas, pode-se dizer que a invariante metodológica e temática em Foucault é a própria variação (VEIGA NETO, 2008).

¹⁷ Não existe a proposta de um método em Michel Foucault, como esse estudo torna evidente, pois um acontecimento rompe com uma metodologia. A metodologia de Foucault está sempre em processo.

¹⁸ Considerando que *Microfísica do poder* é uma coletânea de artigos, cursos, entrevistas e debates, apresento entre colchetes o ano da publicação original de cada capítulo utilizado.

Didaticamente, convém distinguir três etapas intelectuais em Michel Foucault. A primeira, centrada sobre a pergunta pelo saber, reconhecida como fase arqueológica, circunscrita no período de 1961 a 1969, nas obras *História da Loucura: na Idade Clássica* (1961), *O Nascimento da Clínica* (1963), *As Palavras e As Coisas* (1966) e *A Arqueologia do Saber* (1969). A segunda, caracterizada como genealogia, começa na elaboração da pergunta acerca do poder nos textos *A ordem do Discurso* (1970), *A Verdade e as Formas Jurídicas* (1973), *Vigiar e Punir* (1975) e no primeiro volume da *História da Sexualidade – A vontade de Saber* (1976). Finalmente, a terceira fase traz questões como a governamentalidade e a estética da existência, a partir de 1978, problematizada principalmente no segundo e terceiro volume da *História da Sexualidade – O uso dos Prazeres* e *O cuidado de si*, ambos de 1984 (MOREY, 2008 [1991]). O quarto tomo que seria *Os prazeres da Carne* não chegou a ser concluído. Como Michel Foucault deixou manifesta em testamento a vontade de que nenhum de seus textos inacabados fossem publicados, o conteúdo do quarto tomo nunca foi divulgado. Acrescente-se ainda os cursos editados, as entrevistas e outros textos, entre os quais: *Segurança, Território e População* (1977-1978), *Nascimento da biopolítica* (1978-1979), *Microfísica do Poder* (1979), *Do governo dos vivos* (1979-1980), *Subjetividade e verdade* (1980-1981), *A hermenêutica do sujeito* (1981-1982), *O governo de si e dos outros* (1983), *O governo de si e dos outros: a coragem da verdade* (1984), e a *Coleção Ditos e escritos* (de dez volumes no Brasil, publicados até 2015).

Para localizar os modos de subjetivação em seus atravessamentos, históricos e mutantes, Foucault organiza seus trabalhos em torno de três eixos problematizadores: *os modos de investigação*, *as práticas divisoras* e *o modo pelo qual o sujeito realiza a produção de si*.

Antes, porém, um parêntese, necessário: convém aqui uma distinção conceitual entre os termos *subjetividade* e *modos de subjetivação* que aqui utilizo e que aparecem em várias ocasiões nos textos de Foucault e de seus comentadores. Os *modos de subjetivação* (questão de governo, de auto-governo) consistem em “ferramentas para fabricação” e envolvem modos historicamente peculiares de se fazer a experiência de si. Tal *subjetivação* se constitui como um processo contínuo, estabelecido de acordo com a configuração sócio-histórica em que se situam os sujeitos (FOUCAULT, 1997 [1973]). Os modos de subjetivação do sujeito moderno, de certa forma, são aqueles que ainda experimentamos em nossos dias e são demarcados por dispositivos historicamente constituídos que podem, portanto, se desfazer, transformando-se na medida em que novas práticas de subjetivação se engendram. A modernidade, para Foucault, pode ser considerada como um *ethos*, ou seja, uma atitude crítica que deve ser traduzida em

uma série de investigações arqueológicas e genealógicas quanto às práticas que nos constituem historicamente (FOUCAULT, 2003 [1976]).

Quando me refiro à *subjetividade* (questão genealógica e da governamentalidade), por sua vez, isto implica considerá-la como resultado e efeito das relações de saber/poder, o que remete a sujeitos diversos que não são o sujeito universal da razão, da cognição, ou da consciência, nem o sujeito autônomo, livre, ator ou agente (PRADO FILHO; MARTINS, 2007, p.17). Assim, a subjetividade não seria um centro do sujeito – ego, uma substância –, mas resultado de uma construção social em que se implicam reciprocamente poder, saber e sujeito. No entendimento de Foucault, é a partir da compreensão dos movimentos de subjetivação e de objetivação que se pode compreender a produção de subjetividade. A questão é determinar o que deve ser o sujeito, a que condições ele está submetido, qual o seu *status*, que posições deve ocupar no real ou no imaginário, para se tornar sujeito legítimo deste ou daquele tipo de conhecimento; em suma, trata-se de determinar seu modo de subjetivação legítimo:

[...] pois este não é evidentemente o mesmo quando o conhecimento em pauta tem a forma de uma exegese de um texto sagrado, de uma observação da história natural, ou de uma análise do comportamento de um doente mental. Mas a questão é também e ao mesmo tempo de determinar em que condições alguma coisa pode tornar-se um objeto para um conhecimento possível, como ela pôde ser problematizada como objeto a ser conhecido, a que procedimento de recorte pôde ser submetida, que parte dela própria que é considerada pertinente. Trata-se, portanto, de determinar seu modo de objetivação, que tampouco não é o mesmo de acordo com o tipo de saber em pauta. (FOUCAULT, 2010, p. 235 [1984])

Fecho o parêntese: podemos concluir que há subjetividade quando um modo de subjetivação é legitimado e tomado como verdadeiro, excludente. Os modos de subjetivação, por sua vez, podem ser mais ou menos livres, mais ou menos resistentes, o que se verá nas seções a seguir. Sendo essa subjetividade (e os modos de subjetivação) uma produção, e entendendo que esta se dá de modo diferenciado dependendo do contexto histórico e cultural, cabe atentar para as práticas exercidas historicamente, nas quais se polarizam discursos, se constroem as qualidades que se amarram no corpo dos sujeitos e que os individualizam. Esses eixos organizam-se em perspectivas de análise complementares e interdependentes, comumente conhecidas como: arqueologia do saber; genealogia do poder e estética da existência ou ética de si, conforme pontua Deleuze (2006, p.123-124):

São três dimensões irreduzíveis, mas em implicação constante, saber, poder e si. São três “ontologias”. Por que Foucault acrescenta que elas são históricas? Porque elas não designam condições universais. O ser-saber é determinado pelas duas formas que assumem o visível e o enunciável em determinado momento, e a luz e a linguagem não são separáveis da “existência singular e limitada” que têm sobre determinado extrato. O ser-poder é determinado nas relações de força, as quais passam, elas próprias por singularidades variáveis conforme a época. E o si, o ser-si é determinado

pelo processo de subjetivação. [...] O que elas apresentam, com efeito, é a maneira através da qual o problema se coloca em tal formação histórica: que posso eu saber, ou que posso ver e enunciar em tais condições de luz e de linguagem? Que posso fazer, a que poder visar e que resistências opor? Que posso ser, de que dobras me cercar ou como me produzir como sujeito? Sob essas três questões, o “eu” não designa um universal, mas um conjunto de posições singulares ocupadas num Fala-Se/Vê-se, Combate-Se, Vive-Se. Nenhuma solução pode ser transposta de uma época a outra, mas pode haver usurpações ou invasões de campos problemáticos, fazendo os “dados” de um velho problema serem reativados em outros.

Reitero o caráter de complementaridade entre as “fases” do francês, de modo a destacar a perspectiva adotada para o presente estudo:

Não há um primeiro Foucault arqueologista, nas obras de 1960, e depois um Foucault genealogista, nas obras de 1970. Para quem o interpreta como sendo um filósofo estruturalista ocupado com o discurso e como sendo outro filósofo da microfísica do poder que vê quais relações há entre os discursos e as demais práticas não discursivas há a dificuldade de entender que o próprio discurso carrega e distribui poder e como Foucault poderia ter-se ocupado com a constituição do sujeito pela arqueologia. Por isso acreditamos que sua abordagem genealógica não substitui a abordagem arqueológica, mas que elas se fundem por causa da sua filosofia da crítica do sujeito. (ARAUJO, 2000, p. 96)

Na hipótese de complementaridade entre as fases, pretendo descrever uma análise discursiva da arqueologia e a genealogia foucaultianas. Dessa perspectiva e seguindo os parâmetros dessa arqueogenealogia, o imperativo desse trabalho é marcar, metodologicamente, a interseção entre uma pesquisa dos arquivos, arqueológica, e uma pesquisa das táticas e estratégias do poder a ela ligada, a genealogia. Nesse sentido, cabe afirmar sua complementaridade e a crescente importância que a genealogia (“relações de força, de desenvolvimentos estratégicos e de táticas” (FOUCAULT, 2015h, p. 41 [1977]) ganha no discurso foucaultiano a partir do início da década de setenta e o entendimento de dois níveis de análise, diretamente relacionados.

2.3 Para os saberes: uma arqueologia

Foucault, em *A arqueologia do saber*, no capítulo terceiro, ao falar sobre *O a priori histórico e o arquivo*, assume o direito das palavras, dizendo que este não cabe aos filólogos¹⁹,

¹⁹ Mostro aqui que Foucault nega a filosofia, mas não Nietzsche, o filólogo. Nas palavras do francês: “[...] para os filólogos, as palavras são como tantos objetos constituídos e depositados pela história; para os que querem formalizar, a linguagem deve despojar-se de seu conteúdo concreto e só deixar aparecer as formas universalmente válidas do discurso; se se quer interpretar, então as palavras tornam-se texto a ser fraturado para que se possa ver emergir, em plena luz, esse outro sentido que ocultam; ocorre enfim à linguagem surgir por si mesma num ato de escrever que não designa nada mais que ele próprio. [...]. Era necessário, por exemplo, liberar as palavras dos conteúdos silenciosos que as alienava, ou, ainda, tornar a linguagem flexível e como que interiormente fluida, a fim de que, liberta das especializações do entendimento, pudesse restituir o movimento da vida e sua duração

e se autoriza a dar a suas pesquisas o título de *arqueologia*, termo que não incita a busca de nenhum começo, não se associa a análise e a nenhuma exploração ou sondagem genealógica, mas “[...] designa o termo geral de uma inscrição que interroga o já dito no nível de sua existência, da função enunciativa exercida, da formação discursiva a que pertence e do sistema de arquivo de que faz parte” (FOUCAULT, 2014, p. 161 [1969]). De fato, nas suas investigações o corte metodológico se dá nas descontinuidades, nas rupturas e nas fissuras históricas. Foucaultianamente, o termo “arqueologia”, desautorizando os filólogos, tem seu sentido invertido.

O conceito foucaultiano de arquivo (de onde Foucault tira o *arché* para o seu projeto de arqueologia) não se refere exclusivamente aos aparelhos institucionais de armazenamentos de documentos. Consta-se que ele está a serviço de uma compreensão mais larga do campo de demarcação do tempo histórico: o arquivo é, sobretudo, aquilo que, anterior e fora do presente, é capaz de afirmar o presente enquanto tal. Estando aquém e além das práticas discursivas que circulam, há uma *alteridade do arquivo* em relação ao tempo presente, e é esta condição extemporânea que é possível definir o sistema de sua enunciabilidade e o sistema de seu funcionamento, o “sistema geral da formação e transformação dos enunciados” (FOUCAULT, 2014, p. 147 [1969]). É preciso recorrer a uma citação um tanto longa, mas bastante sintética, que define o conceito de arquivo em Foucault:

O arquivo é, de início, a lei do que pode ser dito, o sistema que rege o aparecimento dos enunciados como acontecimentos singulares. Mas o arquivo é, também, o que faz com que todas as coisas ditas não se acumulem indefinidamente em uma massa amorfa, não se inscrevam, tampouco, em uma linearidade sem ruptura e não desapareçam ao simples acaso de acidentes externos, mas que agrupem em figuras distintas, se componham umas com as outras segundo relações múltiplas, se mantenham ou se esfumem segundo regularidades específicas. (FOUCAULT, 2014, p. 147 [1969])

Quando o arquivo é definido enquanto “lei do que pode ser dito”, ele é colocado na matéria-prima das condições de enunciação. Não obstante, o arquivo não é a constatação de

própria. A linguagem só entrou diretamente e por si própria no campo do pensamento no fim do século XIX. Poder-se-ia mesmo dizer no século XX, se Nietzsche, o filólogo — e nisso também era ele tão erudito, a esse respeito sabia tanto e escrevia tão bons livros —, não tivesse sido o primeiro a aproximar a tarefa filosófica de uma reflexão radical sobre a linguagem. E eis que agora, nesse espaço filosófico-filológico que Nietzsche abriu para nós, a linguagem surge numa multiplicidade enigmática que precisaria ser dominada”. Segue Foucault: “Para Nietzsche, não se tratava de saber o que eram em si mesmos o bem e o mal, mas quem era designado, ou antes, quem falava, quando, para designar-se a si próprio se dizia *Agathós*, e *Deilós* para designar os outros. Pois é aí, naquele que mantém o discurso e mais profundamente detém a palavra, que a linguagem inteira se reúne. A esta questão nietzschiana: quem fala? Mallarmé responde e não cessa de retomar sua resposta, dizendo que o que fala é, em sua solidão, em sua vibração frágil, em seu nada, a própria palavra — não o sentido da palavra, mas seu ser enigmático e precário”. (FOUCAULT, 2014, p. 419-420 [1966]).

uma evidência por si só, na modalidade de um *corpus*. A constelação própria da constituição dos saberes depende mais da constelação de um conjunto de arquivos; é por isso que o arquivo, então termo singularizado, é também uma espécie de sistema, mas em relação aberta. Este sistema não se descreve sem rupturas, mas a partir de operações de distinção, separação e descontinuidade (em relação aos sujeitos, aos objetos, aos conceitos e às estratégias). É assim que n’*Arqueologia do saber* o estatuto do arquivo é problematizado justamente na chave da arqueologia enquanto método: “[...] a arqueologia descreve os discursos como práticas especificadas no elemento do arquivo.” (FOUCAULT, 2014, p. 149 [1969]).

Importante clarear a noção de descontinuidade na análise foucaultiana, sobretudo nos seus estudos arqueológicos sobre a (produção da) *loucura*. A produção da *loucura* ao longo da história indica a ausência de linearidade (ou evolução) entre uma primeira percepção da *loucura*, e sua posterior formulação científico-conceitual: “Muito pelo contrário, a história da loucura conheceu dois grandes processos de ruptura, sem contar as próprias heterogeneidades existentes no seio de cada período, que constroem experiências bastante diversas entre si” (MACHADO, 2006, p. 84-95). Em *História da loucura: na Idade Clássica*²⁰, Foucault descreve o nascimento do objeto *loucura* em meio a uma ampla gama de discursos, que historicamente permitem seu aparecimento. Foucault chama essa análise de “percepção”, onde a relação teórica e prática estabelecida com o *louco* é intrinsecamente ligada aos processos de exclusão institucional. Ou seja, o processo de enclausuramento, que em um primeiro momento pautou-se por premissas morais, permitiu uma primitiva “percepção” da *loucura*, que se desenvolverá em formulações de conhecimento e saber (FOUCAULT, 2014 [1972]).

Em *O Nascimento da Clínica*, de 1963, Foucault prossegue as análises arqueológicas, deslocando seu objeto: não mais a doença mental, mas a própria doença; não mais a psiquiatria, mas a própria medicina moderna, a partir do século XIX. Através da arqueologia do saber médico, Foucault procura situar os discursos e práticas que permitiram a constituição de uma clínica, ou seja, aquilo que definiu um método de investigação, um conjunto de nomeações e uma prática de cura na medicina. A clínica se constitui a partir de uma nova forma de apreensão do doente e da doença, uma nova forma de localização da experiência entre o médico e o doente, bem como uma forma a partir da qual a transmissão do saber médico se organizou dentro dos hospitais e fora das academias. Na clínica, a partir do século XIX, o doente como sujeito a uma doença e o corpo do doente ganharão lugar diferente na linguagem médica: “O olhar não é redutor, mas fundador do indivíduo em sua qualidade irreduzível. [...] O objeto do discurso

²⁰ Originalmente foi publicado como *Folie et Dérison* pela editora Plon, em 1961, depois como *Histoire de la folie à l’âge classique*, em 1972, pela editora Gallimard. Adoto o ano de 1972, referente à tradução utilizada.

também pode ser um sujeito. [...] poder-se-á, finalmente, pronunciar sobre um indivíduo um discurso de estrutura científica.” (FOUCAULT, 2014, p. 11 [1963]).

Já no terceiro livro desta “etapa”, *As Palavras e as Coisas*, de 1966, o interesse de Foucault volta-se com mais precisão ao aparecimento das chamadas ciências humanas. Enquanto na época clássica a história natural, com suas análises sobre os seres vivos, as gramáticas, com os estudos das gramáticas gerais, e os fisiocratas, com os estudos das riquezas, fixavam suas análises ao nível das representações, as novas ciências empíricas que sucedem estes discursos vão produzir uma mudança radical. Estas chamadas “ciências empíricas”, a biologia, economia e filologia, modificam não apenas seus objetos específicos de conhecimento, mas a própria condição do homem como objeto do conhecimento. Este homem não é mais visto segundo a lógica das representações, mas como o próprio objeto a ser estudado e desvendado por estas ciências. Ele é, por um lado, objeto do conhecimento; por outro, é o fundamento último de onde parte a construção dos conhecimentos. Isto significa, em termos práticos, a própria invenção do homem como um duplo empírico-transcendental.

Não só a reflexão filosófica do início e meados do século XX teria apresentado de maneira ambígua o empírico e o transcendental no homem para a teorização foucaultiana. Esse teria sido também o traço distintivo de diversos outros saberes que marcam, a partir do final do século XVIII, o início da *episteme*²¹ moderna: as ciências empíricas como a biologia, a economia e a filologia, e as ciências humanas em geral. Aqui vale lembrar que Foucault, em *As palavras e as coisas*, apresentou a modernidade como um triedro de saberes. As ciências humanas teriam nascido à margem desses saberes; e se, por um lado, a psicologia e a sociologia seriam uma espécie de mistura entre filosofia e ciência empírica (entre analítica da finitude e biologia e economia), e teriam confundido a reflexão empírica com a reflexão transcendental

²¹“Uma *episteme*, portanto, diz respeito ao *a priori*, às condições de possibilidade de qualquer saber – o que, no limite, suspende também qualquer pretensão de cientificidade ao seu solo arqueológico. Destarte, apesar de se aproximar da história epistemológica pelo descontínuo e pela incomensurabilidade de que se vale para inscrever cada um dos conjuntos das condições dos saberes, a noção de *a priori* em Foucault desconhece a necessidade de se remeter aos “sucessos” empíricos dos empreendimentos científicos (ou positivos).” (BUTTURI JÚNIOR, 2009, p. 118).

do homem, por outro lado, a psicanálise²² e a etnologia²³ estariam mais próximas das problemáticas da linguística e das ciências dedutivas, e pareceriam livres do sono antropológico.

Ora, sono antropológico é o nome que Foucault dá ao mal de que padece toda reflexão que, durante os dois últimos séculos, ao se propor a pensar o homem, opera a confusão entre o empírico e o transcendental. Começamos, então, pela confusão no nível das ciências empíricas. Para a biologia, a vida, ao mesmo tempo em que é seu objeto de estudo, é também considerada aquilo que possibilita a vida de qualquer ser vivo; o trabalho e o modo de produção, que são

²² Vê-se na investigação foucaultiana a psicanálise ganhar tonalidades diferentes. Essas nuances permanecem por todo o seu percurso intelectual. Em *Sobre a História da Sexualidade* (2015g [1977]) refere-se à psicanálise como fazendo parte da maquinaria da confissão. Faz ainda uma outra crítica considerando que Freud teria colocado sobre a questão da sexualidade a verdade do homem, pelo que descreve como refinamento das técnicas de confissão: “Por confissão entendo todos esses procedimentos pelos quais se incita o sujeito a produzir sobre sua sexualidade um discurso de verdade que é capaz de ter efeitos sobre o próprio sujeito” (FOUCAULT, 2015g, p. 390 [1977]). Em *Nietzsche, Freud e Marx* (1997 [1975]) comentando sobre uma nova hermenêutica, afirma que Freud e os demais autores não deram um sentido novo a coisas que não tinham sentido, mas sim mudaram a natureza do signo e modificaram a maneira como deveria ser interpretado. Sobre a interpretação em psicanálise: “[...] quanto mais longe vamos na interpretação ao mesmo tempo mais nos aproximamos de uma região absolutamente perigosa, na qual a interpretação vai encontrar não só seu ponto de retrocesso, mas onde ela própria vai desaparecer como interpretação, ocasionando talvez o desaparecimento do próprio intérprete” (FOUCAULT, 1997, p.45 [1975]). No texto *A loucura, a ausência da obra* (1999 [1964]) Foucault menciona que somente com Freud e com a psicanálise a experiência da loucura deixa de ser falta de linguagem, blasfêmia proferida e significação intolerável: “deve-se, portanto, tomar a obra de Freud por aquilo que ela é [...] ela desloca a experiência europeia da loucura para situá-la nessa região perigosa e sempre transgressiva [...] que é a das linguagens implicando-se nelas próprias” (p. 195). O que Freud realizou de absolutamente novo foi conceber e demonstrar que a loucura é uma “prodigiosa reserva de sentido” (p. 196); ao mesmo tempo em que retém, suspende o sentido: “a loucura abre uma reserva lacunar que designa e faz ver esse oco no qual língua e palavra implicam-se, formam-se uma a partir da outra e não dizem outra coisa senão de sua relação muda” (p. 196). Em *Lacan, o libertador da psicanálise* (1999 [1981]) descreve o texto de Lacan como sendo de um hermetismo que levaria o leitor a descobrir-se como sujeito do desejo. Fala que a obscuridade de tais escritos remete a própria complexidade do sujeito, e o trabalho para compreendê-los seria um trabalho a ser realizado sobre si mesmo. Em *Entrevista com Michel Foucault* (1999 [1984]), já na fase final de seus estudos, o francês volta a referir-se à psicanálise como uma técnica de trabalho de si sobre si, fundada na confissão, concluindo: “Nesse sentido é igualmente uma técnica de controle, dado que ela cria um personagem estruturando-se em torno de seus desejos sexuais” (FOUCAULT, 1999, p.342 [1984]).

²³ A etnologia, como a psicanálise, interrogaria não o próprio homem tal como pode aparecer nas ciências humanas, mas a região que torna possível, em geral, um saber sobre o homem; como a psicanálise ela atravessa todo o campo de saber num movimento que tende a atingir seus limites. [...] O privilégio da etnologia e da psicanálise, a razão de seu profundo parentesco e de sua simetria – não devem pois, ser buscados numa certa preocupação que uma e outra teriam em penetrar o profundo enigma, a parte mais secreta da natureza humana; de fato, o que se espelha no espaço de seu discurso é muito mais o *a priori* histórico de todas as ciências humanas – as grandes cesuras, os sulcos, as partilhas que, na *episteme* ocidental, desenharam o perfil do homem e o dispuseram para um saber possível. [...] Pode-se dizer de ambas o que Levi-Strauss dizia da etnologia: elas dissolvem o homem. Não que se trate de reencontrá-lo melhor, mais puro e como que mais liberado; mas sim, porque elas remontam em direção ao que fomenta sua positividade. Em relação às “ciências humanas” a psicanálise e etnologia são antes “contraciências”; o que não dizer que sejam menos “racionais”, ou “objetivas” que as outras, mas elas assumem no contrafluxo, reconduzem-nas a seu suporte epidemiológico e não cessam de desfazer esse “homem” que, nas ciências humanas, faz e refaz sua positividade. Compreende-se, enfim que, psicanálise e etnologia sejam estabelecidas uma em face da outra, numa correlação fundamental: deste *Totem e Tabu*, a instauração de um campo que lhe seria comum, a possibilidade de um discurso que poderia ir de uma a outra sem continuidade, a dupla articulação da história dos indivíduos com o inconsciente das culturas e da história destas com o inconsciente dos indivíduos, abrem, sem dúvida, os problemas mais gerais que se podem levantar a propósito do homem. (FOUCAULT, 2014, p. 523-525 [1966]).

objetos de análise dos economistas, são, ao mesmo tempo, aquilo que possibilita ao sujeito trabalhar e produzir; por fim, a língua é, a um só passo, tanto o objeto de um saber empírico que se pergunta pela língua que falamos quanto aquilo que é possibilitado e possibilita (eis o problema entre a *langue* e a *parole* de Ferdinand de Saussure²⁴) a fala de qualquer sujeito, de modo individual. A figura ambígua que começa a se esboçar aí é a de um homem que é princípio e meio de uma vida, de um modo de produção e de uma língua. A partir de uma consideração objetiva, isto é, tomando o homem como objeto, pode-se dizer que ele é a maneira como vive, os objetos que produz e a língua que fala. Neste contexto, o homem aparece em sua positividade empírica, diz Foucault (2014, p. 466 [1966]). Essa positividade, porém, se é aquilo que define o ser do homem, não diz o que ele é. A partir de minhas positividades empíricas, acusa Foucault, “[...] posso dizer tanto que sou quanto que não sou tudo isso”.

Explicamos. Se, por um lado, o homem é positiva e empiricamente um certo modo de vida, um modo de produção e uma língua, por outro lado, ele não é nem essa vida, nem esse trabalho, nem essa língua, já que tudo isso não nasce nele, nem dele: seu modo de vida pertence antes à sua espécie do que a ele mesmo, a maneira como trabalha e produz é determinada pela história de seu tempo, a língua que fala é dada por regras que transcendem sua individualidade: “[...] se é assim, se minhas determinações ou positividades empíricas são mais antigas do que eu e não me pertencem, estou desde o início articulado com alguma coisa que me é estranha e jamais sou contemporâneo de minha origem.” (FOUCAULT, 2014, p. 466 [1966]). Por outro lado, o homem é simplesmente um meio, uma peça intermediária que atualiza, sedia ou reanima um “já começado”, um já começado de um certo tipo de vida, de uma determinada organização produtiva e de regras linguísticas específicas. Por outro lado, não se pode negar que ele é princípio dessa vida, desse trabalho e dessa língua que nele se atualizam.

Ora, o duplo do homem aparece justamente quando aquilo em relação ao que o indivíduo servia simplesmente como meio começa a funcionar como princípio; quando sua positividade empírica (sua vida, seu trabalho e sua língua), que não lhe pertence, passa a funcionar como princípio da própria vida, do trabalho e da fala. A vida, investigada em sua manifestação empírica e objetiva, tem também o estatuto de transcendental, já que é, em suas formas de funcionamento, a condição de possibilidade de todo ser vivo. O trabalho, em suas formas determinadas de organização é também a condição de possibilidade para qualquer produção. Por fim, a língua é um objeto de saber e a condição de possibilidade para a nossa fala. Mas o

²⁴ Para Butturi Junior e Correa (2007) foi pelas categorias sugeridas em Freud e Saussure, que se tornou exequível pensar as relações constitutivas entre o mundo e o sujeito “sempre-já introduzido na língua e no desejo” (BUTTURI JUNIOR; CORREA, 2007, p. 47).

que vemos aqui? O transcendental se repetir no empírico. Eles são uma e a mesma coisa (FOUCAULT, 2014 [1966]).

O francês apresenta o problema da configuração epistemológica das ciências humanas e do sono antropológico em função da dificuldade em situá-las no campo maior formado pelo triedro epistemológico ou triedro dos saberes, que dizem respeito às ciências matemáticas e físicas (ciências dedutivas), às ciências da vida, da linguagem, da produção e da distribuição das riquezas (ciências empíricas) e, por último, àquela definida como a reflexão filosófica. Tais dimensões foram consolidadas a partir do século XIX e encontram-se definidas entre si num plano comum. Em síntese, pode-se dizer que as ciências humanas foram excluídas desse triedro, no sentido de não se encontrarem em nenhuma dessas três dimensões e, ainda, em nenhum dos planos comuns delineados entre as ciências dedutivas, empíricas e filosóficas. O homem, como objeto das ciências humanas, está ligado à biologia, à filologia e à economia. Assim, ele vive, fala e produz, e é instituído como o homem das ciências humanas, ou seja, um ser vivo que constitui por meio da linguagem seu universo simbólico e que produz, consome e se vê, ele próprio, como objeto de troca:

Pode-se, portanto, fixar o lugar das ciências do homem nas vizinhanças, nas fronteiras imediatas e em toda a extensão dessas ciências em que se trata da vida, do trabalho e da linguagem. [...] Contudo, nem a biologia, nem a economia, nem a filologia devem ser tomadas como as primeiras ciências humanas nem como as mais fundamentais. [...] Só haverá ciência do homem se nos dirigirmos à maneira como os indivíduos ou os grupos representam seus parceiros na produção e na troca, o modo como esclarecem, ou ignoram, ou mascaram esse funcionamento e a posição que aí ocupam. (FOUCAULT, 2014, p. 486-487 [1966])

O aparecimento das ciências humanas não está tanto na busca por um conhecimento objetivo do homem e da natureza humana, uma vez que esse conhecimento já existia antes do século XIX, mas no surgimento de uma nova figura que, essa sim, mereceria ser chamada de homem. Foucault insiste: “o ‘humanismo’ do Renascimento, o ‘racionalismo’ dos clássicos podem realmente ter conferido um lugar privilegiado aos humanos na ordem do mundo, mas não puderam pensar o homem.” (FOUCAULT, 2014, p. 439 [1966]). Mais: antes do fim do século XVIII, o homem não existia, “[...] não era possível naquele tempo que se erguesse, no limite do mundo, essa estatura de um ser cuja natureza (a que o determina, o detém e o atravessa desde o fundo dos tempos) consistisse em conhecer a natureza e, por conseguinte, a si mesmo como ser natural.” (FOUCAULT, 2014, p. 425 [1966]).

A tese de Foucault é, pois, de que as ciências humanas (sociologia, psicologia e análise da literatura e dos mitos) surgem exatamente na distância que separa o nível empírico e o transcendental, que para Foucault é o espaço da representação. Não a representação da época

clássica, pautada pela busca de uma ordem em termos de igualdades e diferenças, onde o quadro de signos é a própria imagem das coisas; mas sim como um fenômeno de ordem empírica que se produz no homem. Ou seja, a representação é um produto da consciência do homem, diferente do próprio homem, mas que não deixa de manter uma relação de indissociabilidade com as coisas, que se encontram em outro nível, nesse sono antropológico duplicado:

A representação que o homem se faz a partir deles [objetos das ciências empíricas] não é um aprofundamento daquilo que são esses objetos mas, pelo contrário, seu avesso, sua marca negativa. Os homens, pelo fato de viverem, trabalharem e falarem, constroem representações sobre a vida, o trabalho e a linguagem: essas representações são justamente os objetos das ciências humanas. As ciências humanas estudam o homem enquanto ele se representa na vida na qual está inserida, sua existência corpórea, a sociedade em que se realiza o trabalho, a produção e a distribuição, e o sentido das palavras. (MACHADO, 2006, p. 145)

Por fim, a análise arqueológica de Foucault se debruçará sobre os principais pares conceituais destas ciências humanas: a função e a norma, o conflito e a regra, a significação e sistema. Estes pares são constituintes primordiais da psicologia, sociologia e estudo da literatura e dos mitos, respectivamente. Segundo Foucault, eles se relacionam com os objetos empíricos por um lado, e com uma filosofia transcendental, por outro. É a interação dos dois conceitos, ao mesmo tempo, nas respectivas ciências humanas, que as dota de singularidade enquanto tal. A definição desta interação é o objetivo principal da análise arqueológica em *As Palavras e as Coisas* (MACHADO, 2006).

2.3.1 O discurso e os saberes

N^a *arqueologia do saber* a definição de todo o (anti)método se construirá na definição dos principais objetos: o discurso, o enunciado e o saber.

Foucault define o discurso como “[...] um conjunto de enunciados, na medida em que se apoiem na mesma formação discursiva”; este conjunto é limitado a um certo número de enunciados, além de ser “[...] histórico – fragmento de história, unidade e descontinuidade na própria história, que coloca o problema de seus próprios limites, de seus cortes, de suas transformações, dos modos específicos de sua temporalidade, e não de seu surgimento abrupto em meio às cumplicidades do tempo.” (FOUCAULT, 2014, p. 132-133 [1969])

Os discursos possuem um suporte histórico e institucional, que permite ou proíbe sua realização. Tem-se aqui a compreensão do discurso como uma prática, que constrói seu sentido nas relações e nos enunciados em funcionamento. Esta prática discursiva se define como um “[...] conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que

definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa.” (FOUCAULT, 2014, p. 133 [1969]).

Estabelecidos como regimes de práticas, os discursos são analisados a partir dos documentos, entendidos como monumentos. Ser encarado como monumento significa dizer que o discurso (o documento) será passível de ser desmontado em busca de unidades coerentes que possam, estas sim, nos permitir uma análise arqueogenealógica referente ao período sobre o qual nos debruçamos. Por correlato, ele inaugura uma crítica do documento:

[...] em nossos dias, a história é o que transforma documentos em monumentos e que desdobra, onde se decifravam rastros deixados pelos homens, onde se tentava reconhecer em profundidade o que tinha sido uma massa de elementos que devem ser isolados, agrupados, tornados pertinentes, inter-relacionados, organizados em conjuntos. Havia um tempo em que a arqueologia, como disciplina dos monumentos mudos, dos rastros inertes, dos objetos sem contexto e das coisas deixadas pelo passado, se voltava para a história e só tomava sentido pelo reestabelecimento de um discurso histórico; que poderíamos dizer, jogando um pouco com as palavras, que a história, em nossos dias, se volta para a arqueologia – para a descrição intrínseca do monumento. (FOUCAULT, 2014, p. 8 [1969])

Essa crítica do documento, entendido como monumento, comporta justamente o que pretendo estudar nessa dissertação de mestrado. Baseada na investigação que Foucault apresenta em *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão* (2013 [1973]) e *A Vida dos homens infames* (2003 [1977]) também tomo os documentos (locais, regionais), como monumentos para estudar as lutas discursivas, sob relações de saber e poder, que legitimam os *saberes* sobre o *alcoolismo* no contemporâneo.

Do que trata Foucault quando se volta a esses saberes, afinal? Deleuze (2006) atesta que o *saber*, como processo de produção de sentido, produção de estratégias e produção de sujeitos, assim como o discurso, não é somente o texto, mas é, sobretudo, constituído por uma combinação do “ver” e do “falar”, ou seja, daquilo que é visível e enunciável. Essas duas formas, dentro do processo de constituição do saber, nas formações históricas, segundo Deleuze, nunca se confundem, ou seja, nada é diretamente visível ou enunciável, necessitando, portanto, de uma combinação entre os termos para que o saber se torne possível, por meio, do que Deleuze chama, de campo de visibilidade ou dizibilidade e o que Foucault chamará de “entre lugar” ou “não lugar” (2014 [1969]). Segundo Deleuze, “[...] em Foucault os locais de visibilidade não terão jamais o mesmo ritmo, a mesma forma que os campos de enunciados.” (DELEUZE, 2006, p. 60).

O corpo, por exemplo, só ganhou a existência que conhecemos a partir das modificações discursivas da passagem da Idade Média para a modernidade. No segundo capítulo do livro

Foucault: seu pensamento, sua pessoa intitulado *Só há a priori histórico*, Paul Veyne aborda a questão da concepção histórica preconizada por Foucault. Para Veyne, em Foucault não estaríamos tentados a nos referirmos a uma constante histórica ou a um traço antropológico imediato, ou ainda a uma evidência que se impõe da mesma maneira a todos. Trata-se de fazer surgir uma *singularidade*: mostrar que *não era tão evidente assim*: “Não era tão evidente que os loucos fossem reconhecidos como doentes mentais; não era tão evidente que a única coisa que se podia fazer com um delinquente era trancafiá-lo. Não era tão evidente que as causas da doença devessem ser buscadas no exame individual do corpo.” (FOUCAULT *apud* VEYNE, 2011, p. 34). Contudo, “não se pode pensar qualquer coisa em qualquer época.” (VEYNE, 2011, p.35).

Veyne utiliza-se da metáfora do aquário, sendo esta uma representação do lugar em que os sujeitos de dada época ocupam e deste lugar contemplam, de modo geral, a realidade que os cerca. Assim, toda a produção de saberes (científicos, tecnológicos, sociais, religiosos, institucionais, etc.) submete-se a essas estruturas. Apesar da produção de conhecimento de uma dada época estar condicionada a certas estruturas vigentes, estas podem ser alteradas pela produção e circulação de novos acontecimentos, novos discursos. Em suma, as “paredes” ou o “bocal” desse aquário se deslocam, sofrem alterações resultantes das constantes transformações sócio históricas. “Se mudamos então de aquário, é para nos vermos em um novo aquário. Esse aquário ou discurso é, em suma, “o que poderíamos chamar de *a priori* histórico.” (VEYNE, 2011, p. 35).

Da perspectiva de um “aquário”, a leitura arqueológica procede então à delimitação das regras de formação dos objetos, das modalidades enunciativas, dos conceitos e das estratégias enunciativas com o objetivo de estabelecer o tipo de positividade que os caracteriza. Essa positividade é a de um saber, não de uma ciência:

Primeira questão: será que a arqueologia sob termos um pouco bizarros como “formação discursiva” e “positividade”, não descreve simplesmente pseudociências (como a psicopatologia), ciências em estado pré-histórico (como a ciência natural) ou ciências inteiramente impregnadas de ideologia (como a economia política)? Ela não é a análise privilegiada do que permanecerá sempre quase científico? Se chamamos “disciplinas” a conjuntos de enunciados que tomam emprestado de modelos científicos sua organização, que tendem a coerência e à demonstratividade, que são recebidos, institucionalizados, transmitidos e às vezes ensinados como ciências, não se poderia dizer que a arqueologia descreve disciplinas que não são efetivamente ciências, enquanto epistemologia descreveria ciências que se formaram a partir (ou a despeito) das disciplinas existentes? Podemos responder negativamente a tais questões. A arqueologia não descreve disciplinas. Essas, no máximo, em seu desdobramento manifesto, podem servir de isca para a descrição das positivities; mas não lhe fixam os limites: não lhe impõem recortes definitivos; não se encontram inalteradas no fim da análise; não se pode estabelecer relação biunívoca entre as disciplinas e as formações discursivas. (FOUCAULT, 2014, p. 215[1969])

Com Foucault, é possível efetuar uma distinção entre um limiar de cientificidade, que apenas alguns discursos alcançaram, e um limiar de positividade, indispensável para a própria existência e funcionamento de qualquer discurso, incluindo o dos saberes sobre o homem, as ciências humanas. Enquanto a epistemologia normativa estabelece a legitimidade (ou a falta dela) de um determinado discurso, a arqueologia interroga as condições de existência dos discursos, até mesmo dos que se pretendem científicos. Em termos de análise, todo e qualquer objeto (como por exemplo a *loucura*) deve ser “[...] relacionado ao conjunto de regras que permitem formá-los como objetos de um discurso e que constituem, assim, suas condições de aparecimento histórico.” (FOUCAULT, 2014, p. 53 [1969]).

2.3.2 A formação do discurso como luta

Para interrogar e descrever as condições de aparecimento histórico dos discursos torna-se imprescindível os conceitos de *enunciado* e de formação discursiva. Foucault (2014 [1969]) estabelece os *enunciados*²⁵ como as unidades mínimas de sua análise, como unidades que formam os discursos. Para Butturi Junior (2009), Foucault inscreve os enunciados verticalmente, como “função de existência”, “[...] cujo exercício ocorre sob determinação de regras que envolve o campo da enunciação (que pode tornar-se sujeito de que tipo de enunciado) e uma materialidade sócio-institucional particulares.” (BUTTURI JUNIOR, 2009, p. 120). Desta forma, o enunciado depende de uma materialidade, no sentido de uma estrutura de poder (MACHADO, 2006). Sob um viés específico, podemos reconhecer que, para Foucault, os enunciados obedecem ao princípio da raridade, na medida em que só se tornam visíveis no tempo e dependem, portanto, de uma análise de amplos momentos históricos para se tornarem inteligíveis (FOUCAULT, 2014 [1969]). É a raridade dos enunciados uma condição da arqueologia, que se questiona sobre o porquê da existência de certos enunciados e não sobre sua verdade.

Tendo por base a constatação da existência dos processos de descontinuidade e da dispersão enunciativa, o objetivo da arqueologia de Foucault será uma busca pelo entendimento de como certos campos complexos do saber, como a medicina e as humanidades, puderam tomar forma e existir enquanto tais. Para compreender como se efetuam as relações entre os enunciados nos campos de saber, Foucault lança mão de quatro modos de regularidades, que

²⁵ Inicia a definição de enunciado negativamente, definindo aquilo que um enunciado não é: não é uma proposição lógica, nem uma frase gramatical, nem um ato de fala. (FOUCAULT, 2014 [1969]).

investiga segundo a ordem das *formações discursivas*: “as regras de formação dos objetos (a constituição dos objetos do saber), a formação das modalidades enunciativas (a constituição dos sujeitos do saber), a formação dos conceitos (a constituição da organização formal do saber) e a formação das estratégias de tomada do poder no campo dos saberes (a constituição do discurso como luta)” (BUTTURI JUNIOR, 2009, p. 168).

Retomo as quatro teses propostas por Foucault. Primeiramente apresento a *formação dos objetos*. Para Butturi Junior (2009, p.169) o francês é “[...] bastante enfático em sua desontologização do objeto e na negação de seu entendimento empírico.” Esses objetos devem ser definidos sob diversos aspectos. Primeiramente, são históricos, não se podendo dizer qualquer coisa em qualquer época (tal qual a metáfora do aquário de Paul Veyne já mencionada). Eles não preexistem a eles mesmos, só surgindo sob condições positivas de um feixe de relações que se estabelecem entre instituições, processos econômicos e sociais, formas de comportamento, sistemas de normas, técnicas, tipos de classificação e modos de caracterização que, todavia, não tecem a trama do objeto, mas permitem o seu aparecimento. Essas complexas relações estão no limiar do discurso, determinando o feixe de relações que o discurso deve efetuar para poder falar de determinado objeto (FOUCAULT, 2014, p. 50-51 [1969]). Em movimento, caracterizam o próprio discurso enquanto prática²⁶.

O segundo elemento é o da *formação das modalidades enunciativas*, “[...] responsáveis por garantir o status de enunciador legítimo, e ao mesmo tempo, a sujeição dos outros enunciadores à forma da alteridade (BUTTURI JUNIOR, 2009, p. 170). Para Foucault, não é um estilo enunciativo que encerra determinado discurso, sendo preciso descrever uma coexistência de enunciados dispersos visando buscar sua articulação e determinar as regras que permitem a existência de enunciações diversas. Estas regras remetem a questões como: 1) quem fala?; quem, entre todos os sujeitos falantes possui legitimidade para enunciar; 2) de quais lugares institucionais ele obtém o seu discurso?; de qual lugar advêm tanto os objetos e enunciados quanto sua legitimidade; 3) que posições o sujeito ocupa em relação aos domínios ou grupos de objetos?; como estes percebem, observam, descrevem, ensinam? Estes três questionamentos põem o discurso novamente em um jogo de relações, uma prática que articula *status*, lugares e posições. Dito de outro modo, produz um campo de regularidades para as diversas (e dispersas) posições de subjetividade (FOUCAULT, 2014, p. 60-61 [1969]).

²⁶ Em termos de análise, todo e qualquer objeto (*loucura*, medicina, economia, entre outros) deve ser “[...] relacionado ao conjunto de regras que permitem formá-los como objetos de um discurso e que constituem, assim, suas condições de aparecimento histórico.” (FOUCAULT, 2014, p. 53 [1969])

Quanto ao terceiro elemento, a *formação dos conceitos*, “[...] o cuidado arqueológico está em dissolver os equívocos, sobretudo os provocados pela manutenção dos temas da *loucura* como ausência de obra [como um conceito], no que Rajchman (1997 [1985]) chamou de “modernismo” foucauldiano [...]: a discussão da *loucura* (grifo nosso) como um *a priori*, uma categoria revolucionária em relação aos discursos verdadeiros.” (BUTTURI JUNIOR, 2009, p. 171). Mais uma vez, abordando agora os conceitos, não se trata de analisar os mesmos em uma “arquitetura dedutiva” formada pelos principais conceitos. Trata-se antes de considerar as regras que tornaram possível o aparecimento e a transformação desses, em um nível que Foucault denomina de pré-conceitual. Essas regras anônimas do pré-conceitual dos saberes que invadiriam, no limite, não só o campo das humanidades, além de instituir peremptoriamente o lugar do arqueólogo diante da epistemologia francesa, trazem o esboroamento da noção da *episteme*, pois reinvidicam uma especificidade fundante dos domínios do saber que escapa às generalizações vislumbradas outrora. Certamente, uma formação discursiva dispõe regras para os conceitos e sua circulação. No entanto, essas escapam ao formal da idealização teleológica e à homogeneização das configurações de saber totalizantes. Em termos aqui profícuos: nem categoriais e dispersas na multiplicidade (BUTTURI JUNIOR, 2009, p. 171-172).

O último dos níveis é o dos temas e teorias, ou seja, formação *das estratégias*. Os discursos em amplos sentidos fazem uso de certas organizações conceituais, agrupamentos de objetos e tipos de enunciação que formam temas e teorias. Como em uma mesma formação discursiva podem coexistir várias teorias, e mesmo teorias conflitantes, a análise deve definir qual é o sistema de relações que, em meio a diversas estratégias, é capaz de efetuar a unidade do discurso. A análise destas estratégias, segundo Foucault (2014 [1969]), deve determinar primeiramente os pontos de difração do discurso, ou seja, pontos de incompatibilidade entre dois objetos, dois tipos de enunciação ou dois conceitos. Em seguida, se estabelecem os pontos de equivalência, já que as teorias discordantes surgem da mesma maneira e a partir das mesmas regras. Por último, se caracterizam os pontos de ligação de uma sistematização, de níveis ao mesmo tempo incompatíveis e equivalentes, que podem formar até subconjuntos discursivos.

Além disto, a questão das estratégias é central na mobilização de certos níveis, e não de outros. Estratégias que se pautam nas posições estabelecidas nas instâncias de apropriação dos enunciados; na relação do discurso com um campo de práticas não discursivas; e mesmo na posição do desejo, em meio às possibilidades do discurso. Escolhas estas, por fim, que não se encontram exteriores ao discurso, “[...] não são elementos perturbadores que, superpondo-se à sua forma pura, neutra, intemporal e silenciosa reprimiriam e fariam falar em seu lugar um

discurso mascarado, mas sim elementos formadores” (FOUCAULT, 2014, p. 75 [1969]). Finalizo com Butturi Junior (2009, p.172):

Uma formação discursiva, da perspectiva de uma estratégia, é sempre cindida entre a positividade de um saber que legitima e a positividade de uma alteridade que constitui. Foucault, todavia, e por conseguinte, insiste que não há um silêncio profundo nem uma revelação no que se torna o Outro: definindo em última instância os limites de uma formação de discursos, é essa estratégia o elo mais explícito com o desejo que, enquanto extrapola o discursivo, é também constituído por ele.

2.4 Sobre o empreendimento genealógico

Na genealogia, Foucault amplia suas investigações para além da análise dos discursos, destacando a problemática acerca das relações de poder na formação dos saberes, na produção da verdade no campo das ciências e na institucionalização de práticas sociais. Com o desenvolvimento e a “aplicação” da genealogia, Foucault apresenta uma abordagem sobre os efeitos do poder, tendo como base os discursos de verdade e a institucionalização de práticas sociais e políticas.

Partindo dessa perspectiva e considerado o objeto da presente pesquisa, não caberia apenas analisar os discursos, pois a arqueologia não solucionaria a questão da institucionalização de práticas sociais e os modos de subjetivação. A partir da sua genealogia do poder, Foucault permite transcender as supostas limitações da arqueologia dos saberes. Se, na arqueologia o filósofo buscou as implicações do saber na modernidade, na genealogia se propôs a confrontar os discursos com as práticas sociais. Portanto, o englobamento entre a genealogia e a arqueologia de Foucault traz contribuições significativas para a compreensão das implicações entre conhecimento, discurso e poder, culminando na articulação de ambas para a consolidação de uma arqueogenealogia.

A arqueogenealogia foucaultiana aqui será operacional pois permitirá contemplar os objetivos teóricos e (bio)políticos desta dissertação de mestrado, cujo objetivo é estabelecer relações entre os saberes dos profissionais-peritos, da reforma psiquiátrica e da Justiça sobre o *alcoologista* e suas condutas, tratamentos, diagnósticos e prognósticos para que dessas relações surjam (in)compatibilidades que estabelecem regularidades discursivas que permitem individualizar formações discursivas, estabelecendo diversas configurações arqueológicas dos saberes sobre o *alcoolismo* no contemporâneo. Uma demarcação metodológica desta pesquisa: não se limitar ao nível do discurso, mas articular essas práticas discursivas com as práticas de “tratamento”, e estas com as instâncias sociais como a reforma psiquiátrica, a família e a Justiça. Essa articulação dos saberes com o extra-discursivo, a nível institucional, na família, no CAPS

e na Justiça, mas também em um nível mais global, pelas transformações político-sociais permite, foucaultianamente, analisar as condições de possibilidades políticas desses saberes tão específicos sobre o *alcoologista*.

Finalizo essa seção com Roberto Machado marcando a possibilidade de uma filosofia política em Michel Foucault, que se encaixa perfeitamente para os fins que aqui me proponho: “É essa análise do porquê dos saberes – análise que pretende explicar sua existência e suas transformações situando-os como peça de relações de poder ou incluindo-os em um dispositivo político – que em uma terminologia nietzschiana Foucault chamará genealogia.” (MACHADO apud FOUCAULT, 2015 [1979]).

2.4.1 A genealogia é cinza

Com vistas à fundamentação conceitual inicial desta seção, tomo como base o texto intitulado *Nietzsche, a genealogia e a história*²⁷, de Michel Foucault, escrito em 1971 e publicado em 1974, a partir do qual são extraídas as principais noções que envolvem a proposição da história genealógica, cujo objetivo precípua é projetar saberes contra a pretensão de um bloco monolítico de saber que, em sua dominação acaba por produzir efeitos de poder na elaboração e legitimação dos conhecimentos históricos. Na genealogia há essa ampliação do campo de interesse de Foucault, na medida em que ele busca mostrar a correlação entre discursos e práticas sociais, enfocando explicitamente a temática do poder.

Foucault introduz o termo genealogia na obra *Vigiar e punir: história da violência nas prisões* (2013 [1975]) onde seu sentido aparece da forma mais clara²⁸ (MACHADO, 2006): “[...] uma história correlativa da alma moderna e de um novo poder de julgar; uma genealogia do atual complexo científico judiciário onde o poder de punir se apoia, recebe suas justificações e suas regras, estende seus efeitos e mascara sua exorbitante singularidade.” (FOUCAULT, 2013, p. 26 [1975]). Um pouco adiante, ainda no capítulo introdutório, Foucault menciona novamente o termo: “[...] A história dessa microfísica do poder punitivo seria então uma genealogia ou uma peça para uma genealogia da ‘alma’ moderna.” (FOUCAULT, 2013, p. 26 [1975]).

²⁷Este texto foi publicado inicialmente em *Hommage à Jean Hyppolite*, em 1971, em seguida, lançado no Brasil, no ano de 1979, numa coletânea traduzida e organizada por Roberto Machado e, posteriormente publicado em 1994, na França, no Volume II da coleção de quatro volumes, intitulada *Ditos e Escritos*, dirigida por Daniel Defert e François Ewald, reunindo conferências, entrevistas e outros textos de Foucault até então esparsos.

²⁸Machado ressalta que a expressão aparece também na obra *História da Sexualidade I: a vontade de saber* e em textos de alguns cursos do *Collège de France*.

Genealogia é um conceito que Foucault utiliza a partir de Friedrich Nietzsche. No parágrafo 7 do Prólogo da *Genealogia da Moral*, Nietzsche refere:

Meu desejo, em todo caso, era dar um olhar tão agudo e imparcial, uma direção melhor, a direção da efetiva *história da moral*, prevenindo-o a tempo contra essas hipóteses inglesas que se perdem *no azul*. Pois é óbvio que uma outra cor deve ser mais importante para um genealogista da moral: o *cinza*, isto é, a coisa documentada, o efetivamente constatável, o realmente havido, numa palavra, a longa, quase indecifrável escrita hieroglífica do passado moral humano. (NIETZSCHE, 2009, p. 13 [1887])

Foucault assim retoma Nietzsche:

A genealogia é cinza; ela é meticulosa e pacientemente documentária. Ela trabalha com pergaminhos embaralhados, riscados, várias vezes reescritos. [...] A genealogia exige, portanto, a minúcia do saber, um grande número de materiais acumulados, exige paciência. [...] Em suma, uma certa obstinação na erudição. A genealogia não se opõe à história como a visão ativa e profunda do filósofo ao olhar de toupeira do cientista; ela se opõe, ao contrário, ao desdobramento meta-histórico das significações ideais e das indefinidas teleologias. Ela se opõe à pesquisa da "origem". (FOUCAULT, 2015d, p. 55-56 [1971])

Aqui coloco a discussão que Foucault (p. 56, 2015d [1971]) apresenta sobre os empregos das palavras *Ursprung* (origem) e *Herkunft* (originário) encontrados em Nietzsche. *Ursprung* tem dois empregos. Um não é marcado, encontrado em alternância com o termo *Herkunft*, aparecendo em *Para genealogia da moral* (a propósito do dever moral ou do sentimento de falta) e em *A gaia ciência* (a propósito da lógica e do conhecimento). Outro emprego da palavra *Ursprung* é marcado: em *Humano, demasiado humano* quando Nietzsche coloca frente a frente a origem miraculosa (*Wunder-Ursprung*) que a metafísica procura. *Ursprung* é também utilizado de maneira irônica e depreciativa (“Em que, por exemplo, consiste esse fundamente originário (*Ursprung*) da moral que se procura desde Platão?” (NIETZSCHE apud FOUCAULT, 2015d, p. 57 [1971])). No prefácio de *Para genealogia da moral* aparece um dos textos mais significativos do uso de todas essas palavras e dos jogos próprios do termo *Ursprung*, como se Nietzsche “quisesse acentuar uma oposição entre *Ursprung* e *Herkunft* com a qual ele não trabalhava dez anos antes. Mas, imediatamente depois [...] volta [...] a utilizá-los de modo neutro e equivalente” (FOUCAULT, 2015d, p. 58 [1971]):

Por que Nietzsche genealogista recusa, pelo menos em certas ocasiões, a pesquisa de origem (*Ursprung*)? Porque, primeiramente, a pesquisa, nesse sentido, se esforça para recolher nela a essência exata da coisa, sua mais pura possibilidade, sua identidade cuidadosamente recolhida em si mesma, sua forma imóvel e anterior a tudo o que é externo, acidental, sucessivo. Procurar uma tal origem é tentar reencontrar “o que era imediatamente”, o “aquilo mesmo” de uma imagem exatamente adequada a si; é tomar por acidental todas as peripécias que puderam ter acontecido, todas as astúcias, todos os disfarces; é querer tirar as máscaras para desvelar enfim uma identidade primeira.

Ora, se o genealogista tem o cuidado de escutar a história em vez de acreditar na metafísica, o que é que ele aprende? Que atrás das coisas há “algo inteiramente diferente”: não seu segredo essencial e sem data, mas o segredo que elas são sem essência, ou que sua essência foi construída peça por peça a partir de figuras que lhe eram estranhas. A razão? Mas ela nasceu de uma maneira inteiramente “desrazoável” – do acaso. A dedicação à verdade e ao rigor dos métodos científicos? Da paixão dos cientistas, de seu ódio recíproco, de suas discussões fanáticas e sempre retornadas, da necessidade de suprimir a paixão – armas lentamente forjadas ao longo das lutas pessoais. E a liberdade, seria ela, na raiz do homem o que o liga ao ser da verdade? De fato, ela é apenas uma “invenção das classes dominantes”. O que se encontra no começo histórico das coisas não é a identidade ainda preservada da origem – é a discórdia entre as coisas, é o disparate. (FOUCAULT, 2015d, p. 59 [1971])

Por se tratar de um tipo especial de história, a genealogia é um tipo de pesquisa que se deve fazer com bastante precisão, sobretudo porque não se trata de fazer uma busca pela origem: “a história ensina também a rir das solenidades de origem” [...], no sentido literal, em que “gosta-se de acreditar que as coisas em seu início se encontram em estado de perfeição” (FOUCAULT, 2015d, p. 59 [1971]) pelo contrário, procura dedicar-se à análise meticulosa de toda a construção histórica dos saberes reconhecendo os acontecimentos da história como peças fundamentais. A pesquisa genealógica não parte de um objeto fixo no presente para ir ao passado na tentativa de explicar a origem de tal objeto, mas mapeia as investigações de fragmentos e omissões que, na história tradicional, são deixados de fora. Esse mapeamento é um tipo de pesquisa que Foucault chama de “ascendência”, pois se trata da descrição de fatos históricos construídos sobre interpretações.

Para que se possa fazer uma pesquisa genealógica, deve-se ter alguns cuidados que Foucault chama de *precauções metodológicas*. Estas por sua vez são elencadas da seguinte maneira: a *primeira precaução* é analisar o poder não em seu centro, mas nas extremidades, em suas formas e instituições mais regionais. *Segunda precaução*: ao invés de se perguntar, quem tem o poder? Ou por que alguns querem dominar? Deve-se estudar o poder em sua face externa, onde ele se relaciona diretamente com o seu objeto, ou seja, onde ele se implanta e produz seus efeitos reais. *Terceira precaução*: o poder deve ser analisado como algo que só funciona em cadeia. Por isso, não se deve tomá-lo como um fenômeno de dominação maciço de um indivíduo sobre os outros. *Quarta precaução*: fazer uma análise descendente, ou seja, analisar como as técnicas de poder atuam nos níveis mais baixos, como se deslocam e se modificam sendo depois anexados por fenômenos mais globais. *Quinta e última precaução*: devido ao fato de as grandes máquinas de poder serem acompanhadas de produções discursiva, para que o poder seja exercido, será necessário organizar aparelhos de saber que não são construções ideológicas. (FOUCAULT, 2015b, p. 282-289 [1976]).

Para o francês, cabe à genealogia colocar em suspenso os saberes colonizadores e englobantes e seus privilégios, por meio de:

[...] pesquisas genealógicas múltiplas, ao mesmo tempo redescoberta das lutas e memória brutal dos combates. E essa genealogia, como acoplamento do saber erudito e do saber das pessoas, só foi possível e só se pôde tentar realizá-la na condição de que fosse eliminada a tirania dos discursos englobantes com suas hierarquias e com os privilégios da vanguarda teórica. (FOUCAULT, 2015b, p. 267 [1976])

Chamemos, com o francês, provisoriamente “genealogia” o acoplamento do conhecimento com as memórias locais, que permite a constituição de um saber histórico das lutas e a utilização deste saber nas práticas atuais (FOUCAULT, 2015b, p. 267-268 [1976]). Para designar o ponto de surgimento no passado, Foucault se utiliza do termo *emergência* para garantir que não se entenda este passado como um conceito de presente:

Entestehung designa de preferência a *emergência*, o ponto de surgimento. [...] Colocando o presente na origem, a metafísica leva a acreditar no trabalho obscuro de uma destinação que procuraria vir à luz desde o primeiro momento. A genealogia reestabelece os diversos sistemas de submissão: não a potência antecipadora de um sentido, mas o jogo casual das dominações. A emergência se produz sempre em um determinado estado de forças. A análise de *Herkunft* deve mostrar seu jogo, a maneira como elas lutam umas contra as outras, ou seu combate ante circunstâncias adversas, ou ainda a tentativa que elas fazem – se dividindo – para escapar da degenerescência e recobrar o vigor a partir do próprio enfraquecimento. (FOUCAULT, 2015d, p. 66 [1971])

O que Nietzsche chama *Entestehungsherd* do conceito de bom, em *Genealogia da Moral* (NIETZSCHE *apud* FOUCAULT, 2015d, p. 68 [1971]), não é exatamente “nem a energia dos fortes nem a reação dos fracos, mas sim a cena onde eles se distribuem uns frente aos outros, uns acima dos outros; é o espaço que os divide e se abre entre eles, o vazio através do qual eles trocam ameaças e palavras”. A emergência designa esse lugar de afrontamento, um “não lugar”: “Ninguém é, portanto, responsável por uma emergência; ninguém pode se autoglorificar por ela; ela sempre se produz no interstício.” (FOUCAULT, 2015d, p. 68 [1971]). Para o autor, são os efeitos de poder próprios a um discurso considerado como científico que a genealogia deve combater (FOUCAULT, 2015d, p. 268 [1971]). Ainda questiona o francês: “[...] em uma sociedade como a nossa, que tipo de poder é capaz de produzir discursos de verdade dotados de efeitos tão poderosos?” (FOUCAULT, 2015b, p. 278 [1976]).

Essa pesquisa de mestrado, tomando o problema da origem em consideração, se inscreve no campo das análises genealógicas, ainda, porque mantém um importante deslocamento com relação à certa ciência política, que limita ao Estado o fundamental da investigação sobre o poder, entendendo uma não sinonímia entre Estado e poder, tal qual Foucault evidenciou

estudando a formação das sociedades capitalistas (MACHADO apud FOUCAULT, 2015 [1979]). A análise genealógica do poder se dá na sua forma mais regional e concreta: as interações compulsórias de sujeitos ditos *alcoholistas*, em Erechim, investido em instituições: o CAPSad, a Justiça, a família e o hospital; tomando corpo em técnicas de dominação (culminado em última instância na dominação do corpo, dominação propriamente dita através da condução coercitiva) e situa-se na cotidianidade da vida. Apresentam-se aqui dois aspectos intimamente ligados: a atenção a suas formas locais e a investigação dos procedimentos técnicos do poder que realizam esse controle detalhado e minucioso do corpo. Essas análises apontam para uma consequência política que tem como objetivo não apenas dissecar e esquadrihar teoricamente as relações de poder, mas também servir como instrumento de luta, articulado com outros instrumentos, contra essas mesmas relações de poder. O interessante dessa análise, cabe ressaltar, é que os poderes não estão localizados em nenhum ponto específico único da estrutura social, mas situam-se em uma rede de dispositivos ou mecanismos a que nada ou ninguém escapa (MACHADO apud FOUCAULT, 2015 [1979]) – incluindo, como se verá, *também* as políticas estatais do liberalismo.

2.4.2 Relações de saber-poder

Atentemos ao deslocamento que se percebe na genealogia do poder de Foucault: esse importante deslocamento que ele faz da ideia de poder como algo que é monopolizado pelo Estado para um poder que é baseado nas relações sociais através de uma rede de micropoderes. É pela análise das relações de poder nos níveis periféricos da sociedade que se pode ter uma noção melhor de como ele torna-se onipresente em todas as estruturas sociais:

[...] Em primeiro lugar: não se trata de analisar as formas regulamentares e legítimas do poder em seu centro, no que possam ser seus mecanismos gerais e seus efeitos constantes. Trata-se, ao contrário, de captar o poder em suas extremidades, lá onde ele se torna capilar; captar o poder nas suas formas e instituições mais regionais e locais, principalmente no ponto em que, ultrapassando as regras de direito que o organizam e delimitam, ele se prolonga, penetra em instituições, corporifica-se em técnicas e se mune de instrumentos de intervenção material, eventualmente violentos. (FOUCAULT, 2015f, p. 282 [1976])

A preocupação genealógica foucaultiana é dar conta do modo como se deve buscar compreender o “nível molecular de exercício do poder.” (MACHADO, 2006, p. 166). Para isso, ele vai voltar o seu olhar para instituições como os hospitais, as fábricas, as escolas, os hospícios e os quartéis, que vão ajudar a entender como as relações de poder são formadas e como identificar estas várias relações de poder que de certa forma estão fora do Estado. Por isso, não

se deve pensar que o poder vem do Estado e que este seja o seu detentor, pois “[...] o poder está em toda parte; não porque englobe tudo, e sim porque provém de todos os lugares.” (FOUCAULT, 2015, p. 101 [1976]).

Na Idade Média, muitos pensadores e juristas defendiam a ideia de um poder como propriedade de direito de um soberano. A teoria do direito, da Idade Média em diante, tem essencialmente o papel de fixar a legitimidade do poder, isto é, o problema maior em torno do qual se organiza a teoria do direito é o da soberania. Para o francês, o problema é evitar a questão – central para o direito – da soberania e da obediência dos indivíduos que lhe são submetidos e fazer aparecer em seu lugar o problema da dominação e da sujeição (FOUCAULT, 2015f, p. 282 [1976]). Na Idade Clássica, a soberania era a forma de poder predominante. Pensadores e juristas queriam encontrar uma forma de legitimação do poder soberano, e por isso eles acreditavam que “[...] a partir da multiplicidade dos indivíduos e das vontades, é possível formar uma vontade única, ou melhor, um corpo único, movido por uma alma que seria a soberania.” (FOUCAULT, 2015f, p. 283 [1976]). Trata-se de uma tecnologia de poder característica das sociedades absolutistas que antecederam a democracia. Embora a democracia tenha incorporado a tecnologia do poder de soberania, foi nas sociedades absolutistas que esta tecnologia esteve mais presente, devido ao modelo arcaico do direito de soberania. Essa técnica absolutizava o poder do soberano sobre os súditos, condicionando-os a servir-lhes de forma voluntária.

O deslocamento do poder ocorre a partir de acontecimentos como a ascensão da burguesia como classe dominante no final do século XVI e a internação dos *loucos*, amplamente abordada por Foucault em *História da loucura*, como vimos na seção anterior. Atentemos para as estratégias de emergência discursiva sobre o *louco*:

Fato curioso a constatar: é sob a influência do modo de internamento, tal como ele se constitui no século XVII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão. De fato a verdadeira herança da lepra não é aí que deve ser buscada, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará para se apropriar. Esse fenômeno é a loucura. (FOUCAULT, 2014, p. 8 [1972])

Essa atitude era só uma das tecnologias de poder que excluía aqueles que eram inúteis para produção industrial gerando a emergência discursiva sobre a figura do *louco*.

Um brevíssimo itinerário temporal, na forma novamente de parêntese, evidenciando a arqueogenealogia da *loucura*, a produção dos saberes sobre o *louco* e as práticas discursivas, político e institucionais sobre ele. Ao historizar a perene tranquilidade com que operam as ciências humanas diante da desrazão, Foucault observa que o internamento conferiu por mais

de um século sua função primeira: manter silenciosa a *loucura*. “Todo o mundo reclama a abolição do internamento? Restituída a sua antiga liberdade, que vai tornar-se a *loucura*?” (FOUCAULT, 1975, p. 80). Os reformadores de 1789 e a própria Revolução quiseram suprimir o internamento como símbolo de opressão e restringir, dentro do possível, a assistência hospitalar. Pensou-se então em maneiras de ajuda financeira e cuidados médicos com os quais os pobres pudessem beneficiar-se nas suas próprias casas, escapando assim do “pavor” dos hospitais; todavia, os *loucos* apresentavam uma característica em particular: restituídos à liberdade, poderiam tornar-se perigosos para a sua família e sociedade, daí a necessidade de contê-los e a sanção penal implicada. Para resolver esse problema, as antigas casas de internamento da Revolução e do Império foram aos poucos reservadas apenas aos *loucos*. A filantropia da época liberou todos os outros, exceto os *loucos*. Conforme Foucault (1975), daí, a herança natural do internamento e o título privilegiado das medidas de exclusão.

É nesse período que o internamento toma uma nova significação e torna-se medida de caráter médico, com Pinel na França, Tuke na Inglaterra e Wagnitz e Riel na Alemanha. Todavia, esses médicos não romperam com as antigas práticas de internamento, ao contrário, as estreitaram em torno do *louco*, submetendo-o a um controle social e moral ininterrupto, onde a cura significará o resgate de sentimentos de dependência, humildade, culpa e reconhecimento que são a “armadura moral da vida familiar.” (FOUCAULT, 1975, p. 82)

É importante notar que, de acordo com Foucault (1975), sempre houve, no Ocidente, curas médicas da *loucura*; os hospitais da Idade Média comportavam, na sua maior parte, como o *Hôtel-Dieu* de Paris (este bastante mencionado nos escritos de Foucault) leitos reservados aos *loucos*, frequentemente leitos fechados, espécies de jaulas para manter os furiosos, todavia, esses leitos limitavam-se a formas de *loucura* consideradas curáveis. Identificava-se desde já importante extensão da *loucura*, mas sem suporte médico. Porém, no início do século XVII, identifica-se uma brusca mudança, e o mundo da *loucura* vai tornar-se o mundo da exclusão. Nesse momento, em toda a Europa são criados estabelecimentos para internação que não são criados simplesmente para receber os *loucos*, mas todo uma gama de indivíduos bastante diferentes uns dos outros:

Encerram-se os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração, em resumo todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de “alteração”. (FOUCAULT, 1975, p. 78)

O essencial aqui, para Foucault (1975), é que o modelo do asilo, construído na época de Pinel, não representa a medicalização de um espaço social de exclusão, mas a confusão no interior de um regime moral único cujas técnicas tinham um caráter de precaução social-policial e outras um caráter de estratégia médica. Foi exatamente nesse momento que a *loucura* deixou de ser considerada um fenômeno global relativo, ao mesmo tempo, por intermédio da imaginação e do delírio, ao corpo e à alma.

A *loucura* torna-se um fato que concerne necessariamente à alma. Sua culpa e liberdade, se inscrevendo na dimensão da interioridade, recebem pela primeira vez, no mundo ocidental, status, estrutura e significação psicológicos. Esta psicologização seria apenas consequência superficial de uma operação situada em um nível mais profundo, o do sistema dos valores e das produções de enunciados²⁹. Embora os saberes estejam ligados a formas essenciais de crueldade, o conhecimento da *loucura* constitui-se como uma relação singularmente importante, uma vez que foi a partir dessa relação que se tornou possível sua análise psicológica. Sobretudo, porque foi ela que fundou a possibilidade de toda uma psicologia. (FOUCAULT, 1975)

O homem torna-se psicologizável a partir do momento em que sua relação com a *loucura* permite uma psicologia, ou seja, a partir do momento em que sua relação com a *loucura* é definida pela dimensão exterior da exclusão e do castigo e pela dimensão interior da hipoteca moral e da culpa. O homem do começo do século XIX torna possível uma tomada sobre a *loucura* e a partir dela uma psicologia geral. As significações morais se engajam e toda uma série de rituais de exclusão são organizados. Para Foucault (1975) essas táticas servem de quadro à percepção da *loucura*, pois o reconhecimento que permite classificar um sujeito como *louco*/ não *louco* não se dá de imediato, nem de forma simples, mas repousam num certo número de operações prévias e em um recorte social consoante a linhas de exclusão e valorização.

O que se costuma chamar de “consciência médica” seria, pois, uma estratégia discursiva que se materializa e se legitima através dos laudos periciais, principalmente aqueles solicitados e encaminhados ao Poder Judiciário, que embasam e respaldam o processo de internação compulsória ou involuntária. Para Foucault (2013[1975]), esses instrumentos de explicação de atos não passam de maneiras de qualificar os indivíduos. O juiz de nossos dias faz coisa bem diferente de julgar, e se julga, não o faz sozinho. Ao lado dos processos prolifera toda uma série de instâncias anexas, dentre as quais as dos peritos psiquiátricos ou psicológicos. Juízes anexas, mas juízes de todo o modo. Esses personagens extrajurídicos têm a função de sugerir o melhor

²⁹ Já na *Arqueologia do Saber* o autor produz uma auto-crítica, afirmando que não se trata de repressão da *loucura* como uma realidade metafísica (um conceito transcendental), mas de sua produção em enunciados.

e mais adequado tratamento médico-judicial: “[...] essa genealogia do atual complexo científico-judiciário onde o poder judicial se apoia, recebe suas justificações e suas regras, estende seus efeitos e mascara sua exorbitante singularidade.” (FOUCAULT, 2013, p. 26 [1975]).

Fecho o parêntese e retomo a discussão propriamente conceitual acerca da genealogia, entendendo que a relação estabelecida entre produção da anormalidade, discurso médico e discurso jurídico tem ênfase nos trabalhos posteriores de Michel Foucault (o que, mais uma vez, atesta o caráter arqueogenealógico de sua empreitada), sobretudo a partir dessa fase genealógica, quando o francês passa a discutir o poder e o corpo, formulando uma teoria sobre o biopoder, esse poder que se exerce principalmente sobre os corpos. A análise do investimento político do corpo e a microfísica do poder implicam em tratar esse corpo político como o conjunto dos elementos materiais e das técnicas que servem de reforço e de apoio para as relações de poder e de saber que investem os corpos humanos e os submetem fazendo deles objetos de saber. O corpo está mergulhado em um campo político e essas relações de poder têm alcance imediato sobre ele, “[...] elas o investem, o marcam, o dirigem, o supliciam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais” (FOUCAULT, 2013, p. 28 [1975]).

Marco, por fim, o contínuo médico-jurídico e a estreita relação entre o laudo médico circunstanciado e a determinação judicial para a internação compulsória. Com efeito, os *alcoolistas* não falam nos documentos-monumentos que tomo para análise, mas são falados por profissionais-peritos a partir de argumentos calcados na lógica biomédica. Esses [enunciados, por sua vez](#), servem para a produção da verdade médica e judiciária dos sujeitos *alcoolistas*. O dispositivo médico-jurídico aqui estudado baliza-se pelas regras de direito que delimitam formalmente o poder e pelos efeitos de verdade que o saber médico produz. O *alcoolista*, alvo da internação compulsória, é fabricado como efeito desses discursos, práticas e saberes que coadunam, casam e se associam perfeitamente com o poder da Justiça.

2.4.3 O poder sobre o corpo

É como força de produção que o corpo é investido por relações de poder e de dominação, e ele só se torna útil se é ao mesmo tempo dócil e submisso. Todavia, não se trata aqui de cuidar do corpo como se fosse uma unidade indissociável, mas de trabalhá-lo detalhadamente, de exercer sobre ele uma pressão sem folga. Esse método capaz de permitir o controle minucioso das operações do corpo e de realizar a sujeição constante de suas forças e lhe impor essa noção de docilidade-utilidade, são o que Foucault (2013 [1975]) chama de disciplinas.

Essas disciplinas, permeadas por técnicas “minuciosas, muitas vezes íntimas” (FOUCAULT, 2013, p. 134 [1975]), têm a importância de definir certo modo de investimento político e detalhado do corpo, uma microfísica do poder. A disciplina é a “anatomia política do detalhe”. Ao cuidar dos detalhes, organiza também um espaço analítico, como os colégios, os quartéis e os hospitais.

Esse novo saber sobre o homem legitima-se através de técnicas, para sujeitá-lo e processos, para utilizá-lo, dentre os quais se destaca o dispositivo hospitalar. Nesse, a técnica disciplinar funciona sob mecanismos de sanções normalizadoras, e através dessa homogeneidade que é a regra, identificam-se as diferenças individuais. Essa visibilidade das diferenças individuais é garantida através do exame, onde a superposição das relações de poder e de saber alcança sua forma máxima, pois o exame liga certo tipo de formação de saber a certa forma de exercício de poder. O exame assume o que Foucault (2013 [1975]) denomina de “campo de documentário”.

O resultado disso é um arquivo inteiro com detalhes e minúcias que se constitui no nível dos corpos e dos dias. O exame que coloca os indivíduos num campo de vigilância e os situa igualmente numa rede de anotações escritas; compromete-os em toda uma quantidade de documentos que os captam e os fixam. [...] Um “poder de escrita” é constituído como uma peça essencial nas engrenagens da disciplina. (FOUCAULT, 2013, p. 181 [1975])

Em função de todo esse aparato de escrita, o exame abre algumas possibilidades que se alinham: a constituição do sujeito como objeto descritível e passível de análise (através do reconhecimento de seus traços singulares, sua evolução particular, suas aptidões e capacidades) sob o controle de um saber permanente e também sob a constituição de um sistema comparativo que permite a medida de fenômenos globais. Conforme Foucault (2013 [1975]) a importância decisiva dessas pequenas técnicas de anotações, de registros, de constituição de processos são o que permitiu a liberação epistemológica das ciências do homem.

É necessário observar esses processos de escrita e de registro, é preciso atenção aos mecanismos de exame, da formação dos dispositivos de disciplina e da formação desse novo tipo de poder sobre os corpos, pois são aí que se encontram os jogos das coerções sobre os corpos, os gestos e os comportamentos. É o exame cercado de todas as suas técnicas documentárias que faz de cada indivíduo um *caso*. O *caso* não permanece na lógica da casuística, mas “[...] é o indivíduo tal como pode ser descrito, mensurado, medido, comparado a outros e isso em sua própria individualidade; e é também o indivíduo que tem que ser treinado ou re-treinado, tem que ser classificado, normalizado, excluído, etc.” (FOUCAULT, 2013, p. 183 [1975]).

Os procedimentos disciplinares reviram as relações de escrita e de historiografia, uma vez que fazem dessa descrição um meio de controle e um método de dominação. Essa transcrição por escrito das vidas reais funciona como processo de objetivação e sujeição. O exame está, portanto, no centro dos processos que constituem o indivíduo como efeito e objeto de poder, como efeito e objeto de saber: “[...] o registro do patológico deve ser constante e centralizado. A relação de cada um com sua doença e sua morte passam pelas instâncias do poder, pelo registro que delas é feito, pelas decisões que elas tomam.” (FOUCAULT, 2013, p. 187 [1975]). Percebe-se, facilmente, como é possível fabricar indivíduos submissos e através dele constituir um conhecimento no qual se pode confiar. Encontra-se aqui o duplo efeito da técnica disciplinar que é exercida sobre os corpos: uma alma a conhecer e uma sujeição a manter.

Tomado, novamente, o objeto deste trabalho de mestrado: a produção do sujeito *alcoologista* será investigada através dos laudos dos profissionais-peritos. São os laudos desses profissionais, os relatos sobre as condutas e os comportamentos que justificam a internação compulsória autorizada pela Justiça. Ali, fica evidenciado como a disciplina implica, solicita, demanda um registro contínuo do conhecimento, através da produção de laudos e exames: “Ao mesmo tempo que se exerce um poder, produz um saber. O olhar que observa para controlar não é o mesmo que extrai, anota e transfere as informações para os pontos mais altos da hierarquia de poder?” (MACHADO *apud* FOUCAULT, 2015, p. 23 [1979]).

Foucault dedica-se com afinco à análise desse poder disciplinar. A disciplina não é uma instituição, nem um aparelho de Estado. É uma técnica de poder que funciona como uma rede que vai atravessar todas as instituições e aparelhos de Estado. Este poder que atua no corpo dos sujeitos usará a punição e a vigilância como principais mecanismos de adestramento e docilidade. A ideia de um sujeito útil e dócil é uma concepção positiva utilizada por Foucault para dissociar os termos repressão e dominação que definiam a intervenção violenta do Estado sobre os cidadãos. Essa disciplina é um mecanismo que propiciará uma transformação do sujeito, tirando da força do corpo sua força política e tornando máxima sua força útil. Todavia, apesar de se falar muito em força, o poder disciplinar não será imposto com uma forma de violência explícita, ele é discreto e sutil, para que não seja percebido, sobretudo pelo fato de já ter existido métodos violentos que não alcançaram resultados tão eficazes como a disciplina, conforme afirma Foucault:

[...] Muitos processos disciplinares existem há muito tempo: nos conventos, nos exércitos, nas oficinas também. Mas as disciplinas se tornaram no decorrer dos séculos XVII e XVIII fórmulas gerais de dominação. Diferentes da escravidão, pois não fundamentam numa relação de apropriação dos corpos; é até a elegância da

disciplina dispensar essa relação custosa e violenta obtendo efeitos de utilidade pelo menos igualmente grandes. (FOUCAULT, 2013, p. 133 [1975])

2.4.4 O poder disciplinar

A disciplina tem seu marco histórico na medida em que surge como uma arte do corpo humano que não está preocupada somente com a sujeição e o aumento das habilidades do sujeito, mas, sobretudo, com uma relação formada a partir de mecanismos que irão tornar o sujeito tanto mais obediente e útil. É a partir dessa experiência fundada na disciplina que Foucault analisará o que ele chama de fabricação dos indivíduos-máquina (FOUCAULT, 2013, p. 132-133 [1975]). A disciplina produz sujeitos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício. Não é um poder triunfante que, a partir de seu próprio excesso, pode-se fixar em seu super-poderio; é um poder modesto, desconfiado, que funciona a modo de uma economia calculada, mas permanente, positivo, produtivo.

Essa produção do sujeito acontecerá a partir de um processo lento e cauteloso. Em *Vigiar e Punir*, Foucault analisa esse processo de fabricação tomando por base a figura do soldado. Esse personagem que terá o corpo como um “brasão” representando sua coragem, força e vigor. Obviamente, não era todo homem que trazia consigo tais qualidades, por isso, na segunda metade do século XVIII, o soldado começou a ser algo que se fabrica. Para fazer a “máquina” que se precisava, corrigia-se lentamente a postura, uma coação calculada percorrerá paulatinamente cada parte do corpo, tornando-se senhor dele e se prolongando de forma silenciosa, aproveitando-se dos hábitos que se tornavam cada vez mais automáticos³⁰. Após esse longo processo via-se a massa informe, de um corpo inapto de camponês dar espaço à magnífica “fisionomia do soldado” (FOUCAULT, 2013, p. 133 [1975]). Portanto, o quartel passa a usar a disciplina para a fabricação de um sujeito que atenda seus principais requisitos de um soldado modelo. É a uma expansão, uma espécie de universalização do regime de produção do soldado que se assiste a partir do século XVIII no ocidente.

Foucault segue aprofundando estes problemas, retomando as reflexões e as conclusões de *História da Loucura*, em seus cursos no *Collège de France*; entretanto, agora, sob uma perspectiva genealógica. Devo, contudo, ressaltar que na *História da Loucura* as instituições e práticas sociais já desempenham um papel fundamental e que, em relação a esse assunto, as

³⁰Essa é uma analogia que Foucault usa para se referir ao sujeito como um objeto que pode ser fabricado.

reflexões posteriores de Foucault são um mergulho vertical de maneira a aprofundar e desenvolver problemas já identificados anteriormente.

Nos cursos *O poder psiquiátrico* (FOUCAULT, 2006 [1973-1974]) e *Os anormais* (FOUCAULT, 2013 [1974-1975]), Foucault tratou amplamente do problema do estabelecimento das normas no século XIX a partir da constituição das ciências psiquiátricas em paralelo com os saberes jurídicos, as instituições científicas, políticas e judiciárias de então. Volta-se para o primeiro tratado do desenvolvimento dos saberes da psiquiatria, da psicanálise e da psicologia e o respectivo papel normalizador desempenhado por estes saberes. Foucault mostra que, a partir do começo do século XIX, a prática do internamento se dissemina, coincidindo com uma série de formulações sobre a *loucura* que estabelecem sua natureza mais em função de parâmetros de normalidade do que em função do erro, como ela havia sido percebida em períodos anteriores. O hospício representa, então, naquele período, o papel de isolar os indivíduos e tornar possível a descoberta da doença mental, torna possível fazê-la aparecer: a criação de um espaço hospitalar destinado ao internamento dos *loucos* cria as condições para a pretensa objetividade das formulações das novas ciências psicológicas; o isolamento em manicômios faz com que seja possível observar, formular leis, quantificar, dar um estatuto científico ao estudo das patologias psíquicas. Logo, o médico passa a ter a possibilidade de dizer a verdade sobre a doença em função do seu saber, de sua autoridade e, ao mesmo tempo, em função dessa mesma autoridade, sustentada por uma série de arranjos institucionais, sociais e políticos, ele tem a possibilidade de produzir a doença mental, numa espécie de circularidade, sustentado por toda a engrenagem do jogo de uma relação de poder que dá lugar a um conhecimento que funda, em contrapartida, os direitos desse poder.

As contribuições apresentadas nessa seção corroboram e justificam o arcabouço conceitual de Foucault como pacto teórico-ontológico para estudar a produção do *alcoolismo* no contemporâneo e as relações de saber-poder que o produzem, sobretudo em uma rede de práticas discursivas, atravessada por relações de escrita, historiografia, nosologia e nosografia que o legitimam. Busco, assim, desenvolver uma reflexão dessas categorias arqueogenealógicas que, como tais, se põem na base dos fenômenos contemporâneos sobre o objeto da pesquisa, presentando-se como estruturas originárias no processo de produção e realização do sujeito – sobretudo nas suas variantes ligadas a doença mental. A análise da produção intelectual de Foucault põe cada vez mais exigências dessa escavação arqueogenealógica por meio de fontes cada vez mais diversas e extensas, tal qual sua produção intelectual, permeada pelo uso inesgotável de fontes filosóficas, históricas, literárias, jurídicas e econômicas. Desse modo, pretendo realizar a coleta de dados propriamente dita dessa pesquisa, uma vez que, eis aqui uma

hipótese, acredita-se que na análise dos laudos e prontuários encontrar-se-á evidências, recortes e sinais de comportamentos, condutas, práticas e toda uma trama discursiva e extra-discursiva que produz o *alcoologista* no contemporâneo.

Minha intenção nessa dissertação consiste em, partindo das premissas dessa arqueogenealogia foucaultiana, apresentar uma leitura da reforma psiquiátrica no contemporâneo no que se refere aos casos de uso “prejudicial” de álcool. Pretendo, portanto, alcançar uma reflexão cuja base é o presente – a reforma psiquiátrica brasileira – através de categorias discursivas, políticas e jurídicas sustentadas em relações de poder disciplinar, em dispositivos, em última instância, de normalização.

No desenvolvimento da discussão acerca das relações de saber-poder, tomando a emergência do poder disciplinar sobre a doença mental, sigo na esteira das considerações sobre o poder disciplinar, sobretudo o psiquiátrico e psicológico, levando em conta, principalmente, as ambiguidades e atribuição de diferentes sentidos às diferentes práticas “normalizantes” correlatas a esses discursos. No curso *Os anormais*, Foucault aprofundou o problema do funcionamento das normas em relação com as ciências médicas e as práticas jurídicas e políticas. O francês centra suas análises no século XIX, no entanto, apresentando com frequência exemplos contemporâneos seus, a fim de sustentar que estaríamos, ainda, no interior desse tipo de sociedade que ele chamou de normalizadora. Foucault identifica três personagens principais que o século XIX e as novas ciências humanas darão à existência e que estão na origem ou mesmo correspondem à nova figura do anormal. Estas figuras precedem essa nova formulação dos saberes, sobretudo o médico, ao mesmo tempo em que permanecem virtualmente ou na forma de resquícios, eis uma hipótese, na contemporaneidade, na base do saber disciplinar dessas positividades. É por isso que decido descrevê-las e apresentá-las, porque parecem permanecer no entendimento fundamental desses saberes, mesmo no tempo presente, principalmente se considerá-las a luz dos manuais de nosologia e nosografia que parecem não parar de reatualizar esses sujeitos nas suas variantes ligadas aos seus comportamentos ditos desviantes ou anormais.

A primeira delas é o monstro humano, cujo aparecimento se dá em referência a um campo jurídico-biológico, posto que segundo as elaborações correntes àquele período essa figura violava leis tanto da natureza como da sociedade. Essa figura está na origem daquela a que contemporaneamente se atribui o caráter perigoso, o delinquente, cuja natureza anormal determina sua consideração de uma perspectiva jurídica (FOUCAULT, 2013, p. 47 [1974-1975]).

A segunda figura dos discursos médicos daquele período é a figura do indivíduo a corrigir ou o incorrigível, cujas características e sua respectiva classificação é dada justamente em referência às novas normas “emanadas” do exercício do poder disciplinar, através das sanções e dos exames (FOUCAULT, 2013, p. 48 [1974-1975]) além da observação contínua e dos novos procedimentos de adestramento do corpo.

Aqui, mais um parêntese: Foucault dirá em *Vigiar e punir*, que a arte de punir, no regime do poder disciplinar, não visa nem a expiação, nem mesmo exatamente a repressão. Ela executa cinco operações bem distintas: referir os atos, as performances, as condutas singulares a um conjunto que é por sua vez campo de comparação, espaço de diferenciação e princípio de uma regra a seguir. Diferenciar os indivíduos uns em relação aos outros e em função dessa regra de conjunto – que a façamos funcionar como limite mínimo, como média a respeitar ou como ideal do qual é preciso se aproximar. Mensurar em termos quantitativos e hierarquizar em termos de valor as capacidades, o nível, a natureza dos indivíduos. Efetivar, através dessa medida valorativa, a obrigação de uma conformidade a se alcançar. Enfim, traçar o limite que definirá a diferença em relação a todas as diferenças, a fronteira exterior do anormal “[...] a penalidade perpétua que atravessa todos os pontos, e controla todos os instantes das instituições disciplinares compara, diferencia, hierarquiza, exclui. Em uma palavra, ela normaliza” (FOUCAULT, 2013, p. 176 [1975]). Fecho parêntese e retomo *Os Anormais* e sua terceira figura.

A terceira figura identificada por Foucault é a do onanista, que surge em função de uma nova preocupação com a sexualidade, uma reconfiguração da organização familiar e uma nova importância dada ao corpo e à saúde (FOUCAULT, 2013 [1974-1975]). Sobre essa nova preocupação com as questões relacionadas à saúde e, mais especificamente, com a sexualidade, veremos como esses novos problemas estão intimamente ligados ao problema da biopolítica, fazendo a ligação entre o poder que se exerce imediatamente sobre o corpo dos indivíduos e aquele poder que se exerce ao nível das populações, através das políticas de estado. Foucault destaca ainda que, mesmo que tenha havido uma correlação entre o desenvolvimento do discurso psiquiátrico – e conseqüentemente a produção da relação normalidade/anormalidade – e o surgimento e estabelecimento de instituições e práticas de poder, a formação desses saberes estão inseridos num movimento histórico mais amplo. Havia também, no século XIX, muitas outras transformações em curso, relacionadas fundamentalmente ao desenvolvimento do capitalismo, e um conjunto de novas transformações culturais vinculadas ao novo sistema econômico.

2.4.5 A produção do homem moderno

Dentre estas transformações culturais, ocorreram também mudanças radicais no ambiente familiar, primeiro na família burguesa, mais urbana, caracterizada por preocupações relacionadas à saúde bem como uma redefinição dos papéis e a definição do pequeno núcleo familiar; e depois as famílias das classes pobres. Devido a essas transformações, os psiquiatras não agiam unilateralmente de forma imposta, “de cima para baixo”, mas tinham seu trabalho requisitado pelas próprias famílias (FOUCAULT, 2013[1974-1975])³¹. É fundamental outra transformação sociocultural compreendida nas outras mudanças anteriormente mencionadas: a nova maneira de se perceber e relacionar com a infância, percepção que desempenhará um papel central nesses novos desenvolvimentos da psiquiatria, fazendo com que esta possa estender seu poder e controle. As formulações e a preocupação com a infância possibilitarão vários discursos que encontrarão, aí, tanto as explicações para as patologias nos adultos quanto as justificativas para o exercício de um novo poder caracterizado pela administração do espaço doméstico e das relações humanas em seu caráter afetivo, sexual, político e econômico.

Foi, então, essa abordagem sobre a infância que permitiu à psiquiatria estender seus domínios e, além disso, produzir um novo deslocamento em suas funções e objetivos, deixando de cuidar de patologias para, a partir de teorias do desenvolvimento estabelecer o problema dos comportamentos indesejados em termos de normalidade e anormalidade: “tornando-se a ciência da infantilidade das condutas e das estruturas, a psiquiatria pode se tornar ciência das condutas normais e anormais.” (FOUCAULT, 2013, p. 269 [1974-1975]). Foucault identifica o período entre 1850-1870 como sendo fundamental para compreender essa transformação: nesse momento a psiquiatria deixa de fazer referência às doenças – o que era, afinal, o que estabelecia seu elo com a medicina, a fonte de sua legitimidade e poder – para assumir os comportamentos, os seus desvios, suas anomalias, ela toma sua referência num desenvolvimento normativo. Não é mais, pois, fundamentalmente, da doença ou das doenças que ela se ocupa, mas passa agora a aplicar seus efeitos de poder e seu estatuto de medicina que é seu princípio, a algo que, em seu próprio discurso, não tem mais estatuto de doença, mas estatuto de anomalia (FOUCAULT, 2013 [1974-1975]).

Objetiva-se, portanto, a produção de um tipo específico de sujeitos. Além disso, concomitantemente, funcionando dentro da mesma engrenagem, há uma mudança na caracterização do crime e seu julgamento. Na Idade Média e até o início da modernidade,

³¹ Chamo a atenção, aqui, para a relação entre um regime de solicitação familiar ainda em curso quando se trata do sujeito alcoolista, objeto desta dissertação.

procurava-se estabelecer o fato, o autor e a lei para então estabelecer-se a pena de vida. Na Europa Moderna, estabelece-se um novo regime de verdade no qual se passa a julgar não mais o crime, mas a alma dos sujeitos. A alma que se produz é a alma que também é julgada. As pessoas tornam-se condenáveis por aquilo que elas são, mais do que por suas ações. Nesse novo contexto, em que as disciplinas produzem a alma dos indivíduos, estabelecem-se também os procedimentos que darão origem às ciências humanas, como vimos na seção anterior sobre a arqueologia. Essas ciências passarão, a partir de seus vínculos com as práticas de poder, a construir um saber sobre os seres humanos que, por sua vez, atrelar-se-á a novos tipos de controle. “Um saber, técnicas, discursos ‘científicos’ se formam e se entrelaçam com a prática do poder de punir.” (FOUCAULT, 2013, p. 26 [1975]).

A psiquiatria, a antropologia criminal e a criminologia passam a desempenhar um papel central também no sistema penal, já que passam a veicular um discurso científico sobre o crime, dando aos mecanismos de punição uma justificativa para atuar não apenas sobre as infrações, mas sobre os próprios sujeitos e suas virtualidades, ou seja, passando a julgar alguma coisa além dos crimes (FOUCAULT, 2013, p. 23-24 [1975]). A figura do delinquente permitiu justamente unir duas linhas (a dos “monstros” morais e políticos, caídos do pacto social e outra, a do sujeito jurídico requalificado pela punição) e constituir, com a baliza supostamente científica da medicina, da psicologia e da criminologia, um indivíduo no qual o infrator da lei e o objeto de uma técnica científica que se sobrepõem. A fabricação da delinquência deu à justiça criminal um campo unitário de objetos, autenticado por “ciências” e que assim lhe permitiu funcionar um horizonte geral de “verdade”.

Um fato significativo: a maneira como a questão da *loucura* evoluiu na prática penal. De acordo com o código (francês) de 1810, ela só era abordada no final do artigo 64. Este prevê que não há crime, nem delito, se o infrator estava em estado de demência no instante do ato. A possibilidade de invocar a *loucura* excluía, pois, a qualificação de um ato como crime. Impossível, porém, declarar alguém culpado e *louco*; o diagnóstico uma vez declarado não podia ser integrado no juízo. Apenas o exame do criminoso suspeito de demência, mas também os próprios efeitos desse exame deviam ser exteriores e anteriores à sentença. Para Foucault (2013 [1975]), desde logo os tribunais do século XIX se utilizaram diferencialmente do sentido do artigo 64. Apesar de vários decretos do supremo tribunal de justiça lembrando que o estado de *loucura* não podia acarretar nem uma pena moderada, nem sequer uma absolvição, mas uma improcedência judicial, eles levantaram em seu próprio veredito a questão da *loucura*. “Admitiram que era possível alguém ser culpado e *louco*; quanto mais *louco*, tanto menos culpado; culpado, sem dúvida, mas que devia ser [...] tratado e não punido; culpado perigoso,

pois manifestamente doente.” (FOUCAULT, 2013, p. 24 [1975], grifo meu). Para o francês, essa sentença que condena ou absolve não é simplesmente um julgamento de culpa, uma decisão legal que sanciona; ela implica uma apreciação de normalidade e uma prescrição técnica para uma normalização possível.

A produção da alma do sujeito moderno se dá, então, como efeitos de poder e em referência a uma rede de saberes:

Essa alma real e incorpórea não é absolutamente substância; é o elemento onde se articulam os efeitos de um certo tipo de poder e a referência de um saber, as engrenagens pela qual as relações de poder dão lugar a um saber possível, o saber reconduz e reforça os efeitos de poder. Sobre essa realidade-referência, vários conceitos foram construídos e campos de análise foram demarcados: psique, subjetividade, personalidade, consciência, etc. Sobre ela técnicas e discursos científicos foram edificados; a partir dela valorizam-se as reivindicações morais do humanismo. Mas não devemos nos enganar: a alma, ilusão dos teólogos, não foi substituída por um homem real, objeto de saber, de reflexão filosófica ou de intervenção técnica. O homem de que nos falamos e que nos convidam a libertar já é em si mesmo efeito de uma sujeição bem mais profunda que ele. Uma “alma” o habita e o leva a existência, que é ela mesma uma peça no domínio exercido pelo poder sobre o corpo. A alma, efeito e instrumento de uma anatomia política; a alma, prisão do corpo. (FOUCAULT, 2013, p. 32 [1975])

Finalizo essa seção sobre a produção das relações de saber e poder, retomando as contribuições arqueológicas foucaultianas, que nos fazem resgatar o nascimento e a legitimação das humanidades, já que todo essa maquinaria de saber, essas observações minuciosas do detalhe e ao mesmo tempo esse enfoque político dessas pequenas coisas, para controle e utilização dos homens, evoluem através da Era Clássica, levando consigo todo um conjunto de técnicas, todo um corpo de processos e de saber, de descrições, de receitas e de dados, “[...] desses esmiuçamentos, sem dúvida, nasceu o homem do humanismo moderno.” (FOUCAULT, 2013, p. 136 [1975]):

Estranhamente, o homem – cujo conhecimento passa, a olhos ingênuos, como a mais velha busca desde Sócrates – não é sem dúvida, nada mais que uma certa brecha na ordem das coisas, uma configuração, em todo caso, desenhada pela disposição nova que ele assumiu recentemente no saber. Daí nasceram todas as quimeras dos novos humanismos, todas as facilidades de uma “antropologia”, entendida como reflexão geral, meio positiva, meio filosófica, sobre o homem. Contudo, é um reconforto e um profundo apaziguamento pensar que o homem não passa de uma invenção recente, uma figura que não tem dois séculos, uma simples dobra de nosso saber, e que desaparecerá desde que houver encontrado uma forma nova. (FOUCAULT, 2014, p. XX [1966])

Ainda sobre o nascimento das ciências humanas cabe marcar que a história da *loucura* foi importante para Foucault demarcar o lugar do Outro, ou daquilo que em uma cultura é ao mesmo tempo interior e estranho, a ser excluído (daí o perigo interior), porém encerrado

(reduzindo-lhe a alteridade). A doença é, ao mesmo tempo, a desordem, a perigosa alteridade no corpo humano e até o cerne da vida, também um fenômeno que tem suas regularidades, suas semelhanças e seus tipos. Dessa arqueogenealogia do olhar, dessa experiência do olhar-limite do outro às formas constitutivas do saber e destas à ordem das coisas, configura-se o saber e o poder disciplinar das humanidades.

2.4.6 Do poder disciplinar à biopolítica e à governamentalização do Estado

Numa apropriação do estudo de Ernst Kantorowicz sobre *Os dois corpos do rei*, Foucault estabelece um paralelo entre a relação dos dois corpos do rei durante o período medieval e a produção da alma do sujeito moderno. Com efeito, como suplemento do poder real na Idade Média, há um desdobramento de seu corpo num duplo seu, de maneira que, além do elemento transitório, mortal, na teologia jurídica medieval o rei comporta outro que permanece como suporte do reino, como seu corpo místico. Giorgio Agamben, em *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua*, de 1995, em uma releitura de *Os dois corpos do rei*, de Ernst Kantorowicz, pensa o *homo sacer* como uma figura originária capaz de explicar a dupla exceção que se constitui na experiência política contemporânea, apresentada por ele como uma reatualização do que chama “bando soberano”. Soberania, na concepção agambeniana, refere-se ao conceito apresentado por Carl Schmitt, que diz “[...] soberano é aquele que decide sobre o Estado de Exceção.” (AGAMBEN, 2010, p. 19 [1995]).

Justificando a existência do poder soberano como forma de controle do Estado de exceção, Agamben demonstra que o conceito apresentado está intimamente relacionado à vida, confinando-a. Segue: o soberano está ao mesmo tempo inserido e exteriorizado pelo ordenamento jurídico, visto que é ele quem decide sobre a validade ou não da lei no espaço do Estado. Isto implica dizer que o poder soberano poderá ditar qualquer norma e qualquer comportamento dentro da sociedade, em virtude de estar o mesmo, ao mesmo tempo presente em todo o ordenamento jurídico, mas também fora dele. Esta presença-ausência se demonstra pelo simples fato de que, ao proclamar o Estado de Exceção, o soberano não se submete, mas determina-o. É justamente pela biopolítica que se torna possível o controle total e absoluto do Estado sobre os indivíduos. Nas palavras de Agamben, na “[...] biopolítica moderna, soberano é aquele que decide sobre o valor ou sobre o desvalor da vida enquanto tal.” (AGAMBEN, 2010, p. 149 [1995]).

Retomo Foucault para pensar o corpo e iniciar uma discussão sobre a biopolítica. Na inversão que Foucault faz, no caso do corpo do condenado, passa a haver um desdobramento

da alma, produzida pelos próprios mecanismos disciplinares instituídos pelo poder e seu aparato punitivo.

Se o suplemento de poder do lado do rei provoca o desdobramento de seu corpo, o poder excedente que se exerce sobre o corpo submisso do condenado não suscitaria um outro tipo de desdobramento? Aquele de um incorpóreo, de uma alma [...] Mais do que ver nessa alma os restos reativados de uma ideologia, reconhece-se ali sobretudo o correlativo atual de uma certa tecnologia do poder sobre o corpo. Não seria preciso dizer que a alma é uma ilusão, ou um efeito ideológico. Mas que ela existe, que ela tem uma realidade, que ela é produzida permanentemente, ao redor, na superfície, no interior do corpo pelo funcionamento de um poder que se exerce sobre aqueles que se pune – de uma forma mais geral sobre aqueles que se vigia, que se educa e se corrige, sobre os *loucos*, as crianças, os estudantes, os colonizados, sobre aqueles que são fixados a um aparelho de produção e são controlados ao longo de toda sua existência. Realidade histórica dessa alma, que diferentemente da alma representada pela teologia cristã, não nasce culpada e punível, mas nasce sobretudo de procedimentos de punição, de vigilância, de castigo e de obrigação. Essa alma real e incorpórea não é substância; ela é o elemento onde se articulam os efeitos de certo tipo de poder e a referência de um saber, a engrenagem pela qual as relações de poder dão lugar a um saber possível, e o saber reconduz e reforça os efeitos de poder. (FOUCAULT, 2013, p. 31 [1975])

Citação longa, mas nodal para o que aqui se discute. As disciplinas visam, como vimos, através do corpo, a alma do indivíduo. Na verdade, mais do que atingir a alma do indivíduo, elas visam produzi-la através de procedimentos específicos, de normalização. Dessa forma, “[...]o que começa a se esboçar agora é uma modulação que se refere ao infrator mesmo, a sua natureza, seu modo de vida e de pensar, a seu passado, à qualidade e não mais à intenção de sua vontade” (FOUCAULT, 2013, p. 31[1975]). É com essa convicção que Foucault discute em *Vigiar e Punir* a criação do panoptismo como um sistema de vigilância e controle exercido sobre o sujeito. A partir da análise do *Panopticon*, de Jeremy Bentham³², Foucault vai apresentar o panoptismo como a criação de um dispositivo³³ de saber-poder, baseado na vigilância e no controle. Esse dispositivo irá funcionar por meio da visibilidade e da localização dos corpos no espaço, fazendo com que o sujeito sinta-se controlado pela simples força do olhar daquele que o observa, já que o observador deve estar permanentemente observando, daí o efeito mais importante do panóptico: induzir no sujeito um estado permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder.

³² O panóptico é uma prisão cuja arquitetura é da seguinte forma: ao redor de uma torre cheia de janelas é construído um conjunto de celas em forma de anel que terão as janelas da torre direcionadas para a parte interna desse anel. Cada cela terá duas janelas, uma na parte externa e outra na parte interna do anel, que será correspondente às janelas da torre. Isso será necessário para que a luz que atravessa a cela chegue até a torre e então é só colocar um vigia na torre central que ele terá uma visão privilegiada do sujeito que está sendo vigiado (FOUCAULT, 2013, p. 190 [1975]).

³³ A discussão sobre dispositivo será apresentada na próxima seção.

O panóptico foi fundamental para aperfeiçoar o poder no século XVIII, pois tornou desnecessário o uso da força bruta para obter o controle dos indivíduos, uma vez que o sujeito sentia-se vigiado mesmo quando não era observado por ninguém. Esse dispositivo de poder tornou-se indispensável e sua utilização ampliou-se para vários setores da sociedade como, por exemplo, as escolas, as fábricas, os conventos, os hospícios e quaisquer outras instituições no qual o controle sobre o comportamento se fazia necessário. Com isso, tem-se um mecanismo de poder disciplinar que fará nascer de uma relação fictícia uma sujeição real. Percebe-se o nascimento de uma nova tecnologia de poder disciplinar com a capacidade de alcançar diversas instituições de poder. Esse alcance possibilita a diversificação da utilização das técnicas panópticas considerando que “[...] o panóptico pode ser utilizado como uma máquina de fazer experiências, modificar o comportamento, treinar ou re-treinar os indivíduos.” (FOUCAULT, 2013, p. 193 [1975]).

Aqui cabe lembrar Deleuze, quando em 1990, em *Conversações, no Post scriptum: sobre as sociedades de controle*, menciona que Foucault analisa muito bem esse projeto ideal dos meios de confinamento do modelo disciplinar, sabendo inclusive da sua brevidade, já que para Deleuze as sociedades disciplinares também teriam sua crise perante as novas forças das sociedades de controle, que precipitariam depois da Segunda Guerra Mundial.

Na esteira do empreendimento arqueogenealógico, sabendo que o corte “metodológico” foucaultiano se dá pelas fissuras e discontinuidades da história, eis que paralelo ao poder disciplinar vê-se surgir no final do século XVIII um tipo de poder que se voltará não mais para o sujeito em particular, mas para a população. Ora, a partir da época clássica, o Ocidente conheceu uma transformação muito profunda desses mecanismos de poder. O formidável poder de morte apresenta-se agora como o complemento de um poder que se exerce, positivamente sobre a vida, através da sua gestão, sua majoração, sua multiplicação e o exercício de controles precisos e regulações de conjunto. Esse mecanismo de saber-poder será chamado por Foucault de biopoder:

[...] essa série de fenômenos que me parece bastante importante, a saber, o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder. Em outras palavras, as sociedades ocidentais modernas, a partir do século XVIII, voltaram a levar em conta o fato biológico fundamental de que o ser humano constitui uma espécie humana. É em linhas gerais o que chamo, o que chamei, para lhe dar um nome, de biopoder. (FOUCAULT, 2008, p. 3 [1978])

2.4.7 O biopoder

Já no primeiro volume da *História da sexualidade*, o francês fala que concretamente esse poder sobre a vida desenvolveu-se a partir do século XVII, em duas formas principais, interligadas por todo um feixe intermediário de relações: a primeira, centrou-se no corpo como máquina, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos; a segunda, formou-se mais tarde, por volta do século XVIII, centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos. Proliferação, nascimentos, mortalidade, nível de saúde, duração da vida, longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar, tais processos são assumidos diante de toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma biopolítica da população.

O surgimento de uma nova tecnologia de exercício do poder como o biopoder mostra que as relações de poder não acontecem somente no plano do sujeito em seu espaço restrito, mas ampliam-se também para o espaço da população. A existência em questão já não é aquela – jurídica – da soberania, é outra – biológica –, a de uma população. Pode se dizer que o velho direito de causar a morte ou deixar viver (poder soberano) foi substituído por um poder de produzir a vida (biopoder).

Vários procedimentos serão tomados para que se alcance o objetivo de preservar a vida: “[...] uma medicina que vai ter, agora, a função maior de higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, [...] de campanha de aprendizado da higiene e da medicalização da população” (FOUCAULT, 1999, p. 291 [1975-1976]). Ainda se vê o desenvolvimento de práticas políticas e observações econômicas, dos problemas de natalidade, longevidade, saúde pública, habitação e migração; explosão, portanto, de técnicas diversas e numerosas para se obter a sujeição dos corpos e o controle das populações. Essas medidas são importantes para que se tenha controle de indicadores epidemiológicos, um dos mecanismos do biopoder. Vê-se que a sua articulação não é feita no nível de um discurso especulativo, mas na forma de agenciamentos concretos – e que constituirão, como tentarei mostrar, a grande tecnologia do poder no século XXI (FOUCAULT, 2015 [1976]).

Embora não realize uma leitura em termos de capital (ou marxiana), Foucault faz notar que o biopoder foi elemento indispensável à formação do capitalismo, garantido à custa da inserção controlada dos corpos nos aparelhos de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos da população e dos processos econômicos. O capitalismo exigiu muito dos mecanismos do biopoder: tanto seu crescimento quanto o reforço de sua utilizabilidade e docilidade; métodos de poder capazes de forjar as forças, aptidões e a vida em geral, sem torná-

la, contudo, mais difícil de sujeitar; ação no nível dos processos econômicos (tal qual Foucault expõe exaustivamente em *Nascimento da Biopolítica*, que reúne as aulas ministradas por ele no *Collège de France*, em 1978 e 1979); operação também como fator de hierarquização e segregação social, garantindo relações de dominação e efeitos de hegemonia; ajustamento da acumulação dos homens a do capital, a articulação do crescimento dos grupos humanos à expansão das forças produtivas e a repartição diferencial do lucro foram possíveis em parte pelo exercício do biopoder em suas formas e procedimentos múltiplos (FOUCAULT, 2015 [1976]).

Mas o que se passou no século XVIII em certos países ocidentais e esteve ligado ao desenvolvimento do capitalismo, foi outro fenômeno, talvez de “maior amplitude que essa moral que parecia desqualificar o corpo”, foi a entrada de fenômenos próprios à vida da espécie humana na ordem do saber e do poder – no campo das técnicas políticas. O homem ocidental aprende pouco a pouco o que é ser uma espécie viva num mundo vivo, ter um corpo, condições de existência, probabilidade da vida, saúde individual e coletiva. Pela primeira vez na história o biológico reflete-se no político.

Se pudéssemos chamar “bio-história” as pressões por meio das quais os movimentos da vida e os processos da história interferem entre si, deveríamos falar de “biopolítica” para designar o que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana. (FOUCAULT, 2015, p. 154 [1976])

Essa transformação teve consequências consideráveis. Não é necessário insistir aqui na ruptura que se produziu, então, no regime do discurso científico, e sobre a maneira pela qual a dupla problemática da vida e do homem veio atravessar e redistribuir a ordem da *episteme* clássica. Não é necessário insistir também sobre a proliferação das tecnologias políticas que, a partir de então, vão investir sobre o corpo, a saúde, as maneiras de se alimentar e de morar, as condições de vida e todo o espaço da existência. Uma outra consequência desse desenvolvimento do biopoder é a importância crescente assumida pela atuação da norma, às expensas do sistema jurídico da lei. Já não se trata de pôr a morte em ação no campo da soberania, mas de distribuir os vivos em um domínio de valor e utilidade. Uma sociedade normalizadora é efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida (FOUCAULT, 2015 [1976]).

A vida como objeto político foi de algum modo tomada ao pé da letra e voltada contra o sistema que tentava controlá-la. O “direito” à vida, ao corpo, à saúde, à felicidade, à satisfação das necessidades, o “direito” acima de todas as pressões ou “alienações”, de encontrar o que se é e tudo que se pode ser, esse “direito” tão incompreensível para o sistema jurídico clássico, foi a réplica política a todos esses novos procedimentos de poder que, por sua vez, também não fazem parte do direito tradicional da soberania. (FOUCAULT, 2015, p. 157 [1976])

Em Deleuze (2008[1990]), para elucidar melhor essa questão, é necessário retomar a discussão a respeito do poder soberano, relacionando-o com o biopoder. Essa relação entre essas duas tecnologias de poder é fundamental para que se possa tratar das transformações que aconteceram no direito político do século XIX. É a partir deste momento que se terá uma complementação do direito de soberania³⁴, não com o intuito de excluí-lo, mas na intenção de modificá-lo³⁵, tornando-se o inverso e constituindo-se assim um poder que tem a capacidade de fazer viver ou pode também deixar morrer.

O biopoder é, para Foucault (2008 [1978]), um conjunto de saberes, estratégias e tecnologias que se aproximam das tecnologias disciplinares, havendo algo como uma sobreposição, uma complementação de táticas. Dessa maneira, a “velha potência da morte em que se simbolizava o poder soberano” será agora recoberta pela “administração dos corpos [poder disciplinar] e pela gestão calculista da vida [biopoder]” (FOUCAULT, 2015, p. 150 [1976]). Nesse cenário, a vida não representará mais esse lugar inacessível e veremos que o biológico passa a ocupar um lugar central na política. Não mais sobre a ameaça de morte ergue-se o exercício de poder alicerçado, veremos erguer-se o império do biopoder sobre um dispositivo que se encarrega não da morte, mas que se ocupa de conhecer, organizar e controlar a vida (FOUCAULT, 2008 [1978]).

O biopoder pode, assim, expandir seus domínios sob o *slogan* da saúde – sob o propósito de tornar as pessoas saudáveis –, da proteção, da securitização da vida (a arte de calcular, prever os riscos e os acidentes). Diante de um possível fracasso na efetivação desses objetivos de segurança, de proteção da vida, não decorre uma destituição de ingerência, um obstáculo ao exercício de controles sobre a população. Tal fracasso poderia sim representar “uma prova da necessidade de reforçar e estender o poder dos especialistas”, de sua intervenção, ou seja, talvez o campo de sua discricionariedade não tenha sido razoável, suficiente à prevenção dos riscos que afligem o corpo social. Em suma: havia “a promessa da normalização e da felicidade através da ciência e da lei. Seu fracasso justificava a necessidade de reforçá-las” (DREYFUS; RABINOW, 1995, p. 215 [1979]). A expansão da normalização funciona através da criação de anormalidades que ele deve então tratar e reformar. “Ao identificar cientificamente as

³⁴Trata-se do direito de fazer morrer ou deixar viver. Os juristas do século XVIII, fundamentavam o direito em função dos interesses do soberano. Por isso, foi necessário que esse direito passasse por uma reforma para que se adaptasse à realidade das sociedades europeias do século XIX.

³⁵Essa modificação foi necessária na medida em que existia um paradoxo com relação ao poder do soberano, pois quando se constituía um soberano, esperava-se com isso que ele fosse um defensor do direito de viver dos homens e não um déspota que ao invés de protegê-los, usava-os contra o próprio homem que o constituiu soberano.

anomalias, as tecnologias do biopoder estão na posição perfeita para supervisioná-las e administrá-las.” (DREYFUS; RABINOW, 1995, p. 214 [1979]). Há um deslocamento do campo do discurso político para o da linguagem supostamente “neutra” da ciência médica-psiquiátrica, que exige sua epistemologização, ainda que problemática. Nesse discurso, a técnica e a cientificidade são os modos pelos quais o novo especialista – psiquiatra, psicólogo ou médico-legal – garante sua legitimidade racional e aponta a anormalidade dos sujeitos (DREYFUS; RABINOW, 1995 [1979]).

Através da análise dos dispositivos disciplinares e do biopoder, Foucault observa o problema específico da população, o que conduz à questão do governo e da governamentalização do Estado. Para Foucault (2015a [1978]), o problema do governo aparece no século XVI com relação a questões bastante diferentes e sob múltiplos aspectos: problema do governo de si mesmo – reatualizado pelo retorno ao estoicismo no século XVI; problema do governo das almas e das condutas, tema da pastoral católica e protestante; problema do governo das crianças, problemática central da pedagogia. Em toda a literatura do governo, o francês isola alguns pontos importantes que dizem respeito à definição do que se entende por governo de Estado, aquilo que chamaremos governo em sua forma política.

O francês discute *O príncipe*, de Maquiavel, como essencialmente um tratado de habilidade do príncipe em conservar seu principado. Justamente o que a literatura anti-Maquiavel quer é substituí-lo por uma arte de governar. Para caracterizar essa arte de governar, Foucault examina o *Miroir politique: contenant diverses manières de gouverner*, de Guillaume de La Perrière. Enquanto o príncipe maquiavélico é, por definição, o único em seu principado e está em posição de exterioridade e transcendência, na literatura de La Perrière a prática de governo constitui-se por práticas múltiplas (o pai de família, o superior do convento, o pedagogo e o professor em relação à criança e ao discípulo), inseridas dentro do Estado e da sociedade. Portanto, a pluralidade das formas de governo e a imanência das práticas de governo com relação ao Estado se opõem radicalmente à singularidade transcendente do príncipe de Maquiavel. La Perrière introduz, assim, uma série de finalidades específicas como objetivo do governo.

Foucault identifica aqui uma ruptura histórica importante: enquanto a finalidade da soberania é ela mesma, e seus instrumentos – que têm a forma de lei –, a finalidade do governo está nas coisas que ele dirige, na intensificação dos processos que ele dirige e os instrumentos do governo, em vez de serem constituídos pelas leis, são táticas diversas. A arte de governar procurou fundar-se na forma geral da soberania, mas ao mesmo tempo não pôde deixar de apoiar-se no modelo concreto da família; por esse motivo ela foi bloqueada pela ideia de

economia, que na época ainda referia-se apenas a um pequeno conjunto constituído pela família e pela casa: “[...] Com o Estado e o soberano de um lado, com o pai de família e sua casa de outro, a arte de governo não podia encontrar dimensão própria.” (FOUCAULT, 2015a, p. 423 [1978]). É pela população – justamente, o corpo axial da problematização biopolítica foucaultiana – que se permitirá o desbloqueio da arte de governo.

Em primeiro lugar: a população (a perspectiva da população, a realidade dos fenômenos próprios a população), permitirá eliminar definitivamente o modelo da família e centralizar a noção de economia em outra coisa. Se a estatística tinha funcionado no interior da soberania, ela revela pouco a pouco que: a população tem uma regularidade própria (número de mortos, de doentes, regularidades de acidentes); a população tem características próprias e seus fenômenos são irredutíveis aos da família (grandes epidemias, mortalidade endêmica, espiral do trabalho e da riqueza); finalmente, a população produz efeitos econômicos específicos. A quantificação dos fenômenos próprios à população, revela uma especificidade irredutível ao pequeno quadro familiar. A família como modelo de governo desaparece; em compensação, o que se constitui nesse momento é a família como elemento do interior da população e como instrumento principal. A partir do momento em que a população aparece absolutamente irredutível à família, esta passa para um plano secundário em relação à população, como elemento interno à população, não mais como modelos, mas como segmento. Segmento privilegiado, diz Foucault (2015a [1978], à medida que quando se quiser obter alguma coisa da população – seja referente aos comportamentos sexuais, demografia, consumo, entre outros – é pela família que se deverá passar.

Esse deslocamento da família do nível de modelo para o nível de instrumentalização é fundamental para a análise foucaultiana, pois é a partir da metade do século XVIII que a família aparece nessa dimensão instrumental em relação à população, como demonstram as campanhas contra a mortalidade, relativas ao casamento, vacinação, entre tantos outros discursos – como o que é objeto da presente dissertação, a internação compulsória do alcoolista. Esse deslocamento traz uma segunda consequência: permite à população aparecer como objetivo final do governo, cuja finalidade consiste em melhorar a sorte da população, aumentar sua riqueza, sua duração de vida, sua saúde. Com quais instrumentos? Campanhas – agindo diretamente sobre ela e técnicas – que vão agir indiretamente e que permitirão aumentar, sem que as pessoas se deem conta, a taxa de natalidade ou dirigir para uma determinada região ou para uma determinada atividade os fluxos da população. A população aparece como fim e instrumento do governo que como força do soberano; aparece como sujeito de necessidades, de aspirações, mas também como objeto, na mão do governo. Terceira consequência: a população

será o objeto que o governo deverá levar em consideração para conseguir governar efetivamente, de modo racional. A economia política pôde se constituir a partir do momento em que, entre os diversos elementos de riqueza, aparece um novo objeto: a população. Apreendendo a rede de relações múltiplas e contínuas entre a população, o território e a riqueza se constituirá uma ciência, que se chamará economia política e ao mesmo tempo, a intervenção no campo da economia e da população (FOUCAULT, 2015a [1978]).

Vê-se que o problema da soberania não é eliminado pela emergência de uma nova arte de governo. Igualmente, a disciplina também não é eliminada, ao contrário, ela assume sua importância para gerir também a população em profundidade, minuciosa e detalhadamente. A ideia de um governo da população torna ainda mais agudo o problema do fundamento da soberania e ainda mais aguda a necessidade de desenvolver a disciplina. A compreensão do fenômeno de “transição” do poder disciplinar para o biopoder e biopolítica, objetivo dessa seção, deve se dar não em termos de substituição de uma sociedade de soberania para uma sociedade disciplinar e desta para uma sociedade de governo, mas “[...] trata-se de um triângulo: soberania – disciplina – gestão governamental, que tem a população por seu alvo principal e os dispositivos de segurança como seus mecanismos essenciais.” (FOUCAULT, 2015a, p. 428 [1978])

O que Foucault quer deixar claro é a relação histórica profunda entre o movimento que abala a constante da soberania colocando o problema, que se tornou central, do governo, que faz aparecer a população como um dado, um campo de intervenção, objeto da técnica e do governo; e o movimento que isola a economia como setor específico da realidade e economia política como ciência e técnica de intervenção do governo no campo da realidade. Três movimentos – governo, população, economia política – que constituem um conjunto que ainda não foi desmembrado. O que é importante não é tanto a estatização da sociedade, mas a governamentalização do Estado, esse Estado que tem por alvo a população e utiliza a instrumentalização do saber econômico, e corresponderia a uma sociedade controlado por dispositivos de segurança.

Finalizo esse capítulo, deste empreendimento arqueogenealógico, apresentando o dispositivo, conceito fundamental para a análise que pretendo nessa pesquisa de mestrado. Na próxima seção, apresento as concepções foucaultiana e agambeniana sobre os dispositivos.

2.5 Sobre os dispositivos

Agamben, em *O que é o contemporâneo e outros ensaios*, de 2009, no capítulo *O que é um dispositivo*, afirma que a palavra dispositivo é um termo técnico decisivo na estratégia do pensamento de Foucault, usado com frequência sobretudo a partir da metade dos anos setenta do século XX, quando o francês se ocupa, como se viu, do que chama governamentalidade ou governo dos homens.

Em *Sobre a história da sexualidade*, originalmente publicado em 1977, mas traduzido para o Brasil em 1978, do livro *Microfísica do poder*, coletânea de cursos e entrevistas, Foucault responde qual seria o sentido e a função metodológica do termo dispositivo:

Em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos. Em segundo lugar, gostaria de demarcar a natureza da relação que pode existir entre esses elementos heterogêneos. Sendo assim, tal discurso pode aparecer como programa de uma instituição, ou ao contrário, como elemento que permite justificar e mascarar uma prática que permanece muda, pode ainda funcionar como reinterpretação dessa prática, dando-lhe acesso a um novo campo de racionalidade. [...] Em terceiro lugar, entendo dispositivo como um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante. (FOUCAULT, 2015g, p. 364-365 [1977])

Para o francês, o dispositivo tem dois momentos essenciais: a predominância de um objetivo estratégico e o englobamento de um duplo processo de sobredeterminação funcional, pois seus efeitos, positivos ou negativos, desejados ou não, estabelecem uma relação de ressonância ou de contradição com os outros, exigindo uma rearticulação, um reajustamento dos elementos heterogêneos que surgem dispersamente, em um processo perpétuo de preenchimento estratégico. O dispositivo está sempre inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a uma ou a configurações de saber que dele nascem, mas que igualmente o condicionam:

É isto o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por ele. Em *As palavras e as coisas*, querendo fazer uma história da *epistémè*, permanecia em um impasse. Agora gostaria de mostrar que o que chamo de dispositivo é algo mais geral que uma *epistémè*. Ou melhor, que a *epistémè* é um dispositivo especificamente discursivo, diferentemente do dispositivo, que é discursivo e não discursivo, seus elementos sendo muito mais heterogêneos.” (FOUCAULT, 2015g, p. 367 [1977])

Agamben relê Foucault e aponta três pontos sobre o dispositivo na empresa foucaultiana:

- a) É um conjunto heterogêneo, linguístico e não-linguístico, que inclui virtualmente qualquer coisa no mesmo título: discursos, instituições, edifícios, leis, medidas

- de polícia, proposições filosóficas, etc. O dispositivo em si mesmo é a rede que se estabelece entre esses elementos.
- b) Dispositivo sempre tem uma função estratégica concreta e se inscreve sempre numa relação de poder.
 - c) Como tal, resulta do entrecruzamento de relações de poder e de relações de saber (AGAMBEN, 2009, p. 25)

Desenvolvendo uma genealogia do termo, o italiano remete às origens, que assume em si toda a esfera semântica da *oikonomia* teológica (*oikonomia* traduz-se para o latim como *dispositio*). “O termo dispositivo nomeia aquilo em que e por meio do qual se realiza uma pura atividade de governo sem nenhum fundamento no ser. Por isso os dispositivos devem sempre implicar em um processo de subjetivação, isto é, devem produzir os sujeitos.” (AGAMBEN, 2009, p. 37)³⁶

Agamben (2009) apropria-se evidentemente da qualificação de Foucault, fundada na relação entre rede, estratégia, poder e saber, e desenvolve sua conceituação do termo (“um momento particularmente feliz [...] de abandonar o texto que se está analisando e seguir por conta própria”, p. 39):

Chamarei literalmente de dispositivo qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres viventes. Não somente as prisões, o manicômio, o Panóptico, as escolas, a confissão, as fábricas, as disciplinas, as medidas jurídicas, etc., cuja conexão com o poder é um certo sentido evidente, mas também a caneta, a escritura, a literatura, a filosofia, a agricultura, o cigarro, a navegação, os computadores, os telefones celulares – e por que não – a própria linguagem, que talvez é o mais antigo dos dispositivos, em que há milhares e milhares de anos um primata – provavelmente sem se dar conta das consequências que se seguiriam – teve a inconsciência de se deixar capturar. (AGAMBEN, 2009, p. 40)

Coube a Agamben, na contemporaneidade, captar como as novas configurações do poder demandam também a articulação de novos dispositivos. “Não seria provavelmente errado definir a fase extrema do desenvolvimento capitalista que estamos vivendo como uma gigantesca acumulação e proliferação de dispositivos.” (AGAMBEN, 2009, p. 41). Esses

³⁶ Frente a constatações mais amplas sobre a obra de Michel Foucault, Deleuze (1999) considera dispositivo como um conceito operatório multilinear, alicerçado em três grandes eixos que, na verdade, se referem às três dimensões que Foucault trabalha sucessivamente: saber, poder e (produção de modos de) subjetivação. Para Deleuze, as primeiras duas dimensões de um dispositivo, ou aquelas que Foucault destaca em primeiro lugar, são as curvas de visibilidade e as curvas de enunciação. Em terceiro lugar, um dispositivo implica linhas de forças. Essa linha de forças produz-se “em toda a relação de um ponto a outro” e passa por todos os lugares de um dispositivo. Invisível e indizível, esta linha está estreitamente mesclada com outras e é, entretanto, indistinguível destas. Trata-se da “dimensão do poder”, e o poder é a terceira dimensão do espaço interno do dispositivo, espaço variável com os dispositivos. Esta dimensão se compõe, como o poder, com o saber. “Os dispositivos têm, então, como componentes linhas de visibilidade, linhas de enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação, linhas de ruptura, de fissura, de fratura que se entrecruzam e se misturam, enquanto umas suscitam, através de variações ou mesmo mutações de disposição.” (DELEUZE, 1999, p. 58)

dispositivos são como pontos magnéticos disseminados por todo o campo político, como nervos que lançam suas terminações em todas as direções. Somos todos produzidos em dispositivos de poder. Diante disso, a pergunta que aqui exige uma resposta é a seguinte: se não é possível, nem desejável, eliminá-los, como desativá-los? Como usá-los de outro modo? Quais as vias possíveis de desarticulação dos dispositivos do poder? Se for da natureza dos dispositivos ser operante, toda desativação equivaleria a uma eliminação. Se, por exemplo, a conexão entre doença mental e exclusão social for fundante, não será possível pensar qualquer espécie de atribuição de cidadania à doença mental.

Diante da condição de ser sujeito, Agamben (2009) propõe uma ação que possa fazer frente ao desenvolvimento complexo dos dispositivos: a profanação. Ou seja, uma prática crítica que seja capaz de abolir a separação que constitui o que é sagrado e restitua tais mecanismos ao campo do humano; ou, ainda, que desenvolva novos e incongruentes meios de uso do sagrado. O filósofo italiano nos alerta acerca do risco implícito ao esvaziamento do uso como experiência. Nas suas palavras: “Se profanar significa restituir ao uso comum o que havia sido separado na esfera do sagrado, a religião capitalista, na sua fase extrema, está voltada para a criação de algo absolutamente improfanável.” (AGAMBEN, 2009, p. 71).

Se, em Foucault, os dispositivos se apropriam da mudança e a reinserem através da sobredeterminação funcional e do preenchimento estratégico, para Agamben, a principal tarefa política na atualidade é a superação desse movimento através da profanação, segundo a conceituação mais ampla proposta pelo filósofo italiano. Cabe, portanto, tentar realizar a quebra dessa sequência ou, pelo menos, reconhecer e questionar esse desdobramento. Pois, o improfanável – objetivo e função do capital – “[...] baseia-se no aprisionamento e na distração de uma intenção autenticamente profanatória”. Por isso, é importante toda vez arrancar dos dispositivos – de todo dispositivo – a possibilidade de uso que os mesmos capturaram: “a profanação do improfanável é a tarefa política da geração que vem.” (AGAMBEN, 2009, p. 79).

Além de defender a possibilidade de deslocamento ativo dos dispositivos, Agamben (2009) afirma a existência de uma atitude ou condição de resistência ao abrigo de qualquer tentativa de dominação e anterior, portanto, a priori, às relações de poder. Nas palavras do filósofo italiano, é necessário “levar à luz aquele ingovernável, que é o início e, ao mesmo tempo, o ponto de fuga de toda política.” (AGAMBEN, 2009, p. 51). Esta afirmação ecoa em Deleuze e também pode ser encontrada no próprio Foucault³⁷. Para Deleuze, há um ponto de

³⁷ Os posicionamentos mais ou menos livres dos sujeitos em relação aos dispositivos, conforme Foucault, Agamben e Deleuze foram lidas por Pelbart (2013). Aqui, minha proposta é apenas descrever as possibilidades

inflexão subjetivo: “a resistência tem o primado, na medida em que as relações de poder se conservam por inteiro no diagrama, enquanto as resistências estão necessariamente numa relação direta com o lado de fora.” (DELEUZE, 2006, p. 96 [1988])

No que tange à função metodológica da noção de dispositivo, fundamental para o empreendimento arqueogenealógico desta dissertação de mestrado, este aparece como formação ou arena sobre a qual o investigador atua como um desembaraçador das linhas entrelaçadas, percorrendo-as como as divisões de um mapa, constatando desníveis e desvios do terreno (DELEUZE, 1999, p.1). Isto é, o dispositivo é concebido como algo existente que requer análise. Contudo, se o dispositivo existe é porque foi “fabricado”; daí que Veyne insiste: “ele [o dispositivo] inscreve no real o que não existe, submetendo-o à divisão do verdadeiro e do falso” (VEYNE, 2011, p.166). Assim, cabe ao (arqueo)genealogista exibir esta fabricação: não como detentor da derradeira verdade dos fatos, mas como um ficcionista, a partir da composição de um roteiro devidamente baseado em documentos oficiais, relatórios, decisões judiciais, prontuários, atas, entre outros.

Portanto, o dispositivo não é uma mera realidade cuja análise arqueogenealógica permite o desvelamento; nem esta noção funciona simplesmente como grade de inteligibilidade aplicada sobre determinado campo e objetos. O próprio dispositivo e o método de análise arqueogenealógica seriam ficções que, não obstante, funcionam no nível do real. Ademais, ao forjar uma cena dentro de outra cena, o genealogista produz sobreposições, provoca deslocamentos devido à evidenciação das lutas, das disputas cujo resultado remete diretamente à invenção – *Erfindung* é o termo nietzschiano a partir do qual Foucault construiu sua reflexão (FOUCAULT, 2002, p. 15 [1974]) – do que somos e do mundo em que vivemos. É com esse cuidado metodológico, nos moldes de prescrição de prudência, que pensarei os dispositivos em minha análise.

agonísticas de resistência e de produção de liberdade nos dispositivos, sem me deter, propriamente, nas diferenças entre os autores – o que fugiria do escopo da dissertação, não obstante sua importância.

3 UMA BREVE ARQUEOGENEALOGIA DO ALCOOLISMO NO BRASIL

A fim de inteligir os discursos sobre o *alcoholismo*³⁸, então, da perspectiva arqueogenealógica e de um debate acerca do biopoder e da governamentalização, é mister se debruçar sobre as práticas de *produção de verdades* e assumir, com Michel Foucault, que é a partir da constituição das ciências do homem e da vida, em sua articulação com o surgimento de uma nova modalidade de poder, que a função do exame, do diagnóstico e do especialista enquanto um *espaço de exercício* do poder disciplinar, devem ser compreendidos. A análise da função desempenhada pela internação compulsória dentro da sociedade deve levar em consideração o fato de que esta *instituição* consolida-se como espaço de produção/reprodução de discursos e saberes em consonância com as estratégias do poder disciplinar, cujo objetivo é a fabricação de corpos úteis e submissos.

Isto posto, passemos a analisar os discursos médicos-institucionais sobre o dispositivo do *alcoholismo* e o *alcoholista* no Brasil.

3.1 A emergência discursiva da produção do *alcoholismo* no Brasil

Desenvolvo esse capítulo com o objetivo de construir, foucaultianamente, uma breve³⁹ discussão sobre a produção do *alcoholista* e no *alcoholismo* no Brasil, atentando para as práticas de produção desses saberes e sujeitos. Sendo assim, inicio essa seção com o historiador brasileiro Fernando Sérgio Dumas dos Santos, que em 1995 referiu-se ao *alcoholismo* como a

³⁸ O *alcoholismo* e o *alcoholista*, tal qual a *loucura* e o *louco* apresentados no capítulo 2, serão marcados em itálico, de modo a evidenciar a produção desses saberes e desses sujeitos. Antes porém convém apresentar a diferença entre os termos *alcoholista* e *alcoólatra*. Para a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD (2016) o termo *alcoólatra* confere uma identidade e impõe um estigma, que anula todas as outras identidades do sujeito, tornando-o tão somente aquilo que ele faz e que é socialmente condenado, não por fazê-lo, mas pelo modo como o faz. Em outros termos, não é a bebida em si, mas aquela pessoa que bebe mal, isto é, de modo abusivo, desregrado, que a leva à condição de ser socialmente identificada popularmente como alcoólatra, ou seja, quem “idolatra”, “adora” e se tornou dependente do álcool. Já o termo *alcoholista* é proposto por alguns pesquisadores como uma alternativa menos carregada de valorização, isto é, de estigma, já que o termo não reduziria a pessoa a uma condição, como a de alcoólatra, mas a identificaria como uma pessoa que tem como característica uma afinidade com alguma coisa, com alguma ideia. Seria uma característica, mas não reduziria o indivíduo a ela, como uma identidade única e dominante. Apesar dessa argumentação, em português, os termos “alcoólatra” e “alcoholista” continuam sendo usados, quase que indistintamente, por diferentes autores, mas sempre equivalendo a dependente de álcool, sendo esta última a expressão mais adequada cientificamente conforme a SENAD. (SENAD, 2016)

³⁹ Pontuo que não me pretendo exaustiva nesta seção. Ademais, o caráter histórico não se pretende linear, ainda que metodologicamente a opção temporal tenha sido assumida. Trata-se de um esforço de apontar os deslocamentos e a raridade dos enunciados – entre o ritual e o medicinal, passando pelo doentio no século XIX. A intrincada rede de discursos, não obstante, exigiria relacionar problemas econômicos, políticos raciais e higienistas, discursos morais etc, a fim de produzir uma arqueogenealogia.

“invenção de uma doença” – seu deslocamento de práticas ritualísticas a práticas relacionadas aos mais pobres e negros, que deveria ser observada e medicalizada.

Foi ao longo dos séculos XIV, XV e XVI que a venda das aguardentes popularizou-se no Brasil, saindo da órbita dos fármacos e ganhando a dos prazeres individuais. Esses produtos eram encontrados, primeiramente, nos cabarés, desde o final do século XV. Todos os países tinham os seus derivados típicos: a Escócia tinha o whisky; a Holanda e a Inglaterra, o gim; na França eram comuns os conhaques e os destilados de cidra e de pera; em Portugal fazia-se a bagaceira; a Espanha herdou dos árabes o absinto e nas Américas consumia-se o rum (SANTOS, 1995).

No Brasil colonial, missionários e colonos conviveram com o consumo da bebida nativa, cauim. Feita a partir da mandioca, do aipim, do milho, do caju, do abacaxi, da jabuticaba, entre tantas outras raízes e frutas, ora alimentava cristãos, ora conduzia ao estado de embriaguez. As jovens índias preparavam a bebida. Os homens não participavam do processo de produção. O cauim era uma bebida fermentada, o caldo extraído da mandioca era misturado à saliva, provocando sua fermentação. Esse procedimento, contrário às normas de higiene, acabou sendo aceito pela semelhança com o processo de produção do vinho quando os pés, nem sempre limpos, amassam as uvas (RAMINELLI, 2005).

Entre as populações indígenas, não se bebia sempre, mas bebia-se em determinadas ocasiões – durante os rituais religiosos e de passagem, quando do nascimento, da entrada na puberdade e no mundo adulto, nos rituais de cura, em meio aos trabalhos agrícolas coletivos, na busca de transcendência ou por mero prazer. Experiência coletiva, o uso do álcool facilitava a sociabilidade e o contato com o sobrenatural. A substância tinha qualidades medicinais e nutritivas reconhecidas. A embriaguez tinha um caráter sagrado, não sendo vista como uma questão moral. O excesso era mal visto apenas quando houvesse ruptura dos laços de sociabilidade, caso contrário não haveria motivo de vergonha (FIDELIS DIAS, 2008).

Regras e interdições organizavam o consumo das bebidas: o cauim era proibido antes da puberdade e entre as crianças; rapazes só podiam beber depois de casados e a embriaguez era valorizada como prova de virilidade. Uma vez por mês, o grupo se reunia para beber as bebidas preparadas em cada uma das cabanas e, nesses momentos, a ingestão de sólidos era proibida, porque era o momento de celebrar. A dança, os cantos e assobios estimulavam a continuar a beber. Nesses momentos de celebração as mulheres podiam dançar lado a lado com os homens. As bebidas alcoólicas eram também consumidas nos momentos de revolta, quando bebia-se antes de comer. O hábito de beber o cauim de milho e mandioca, do ponto de vista do colonizador, provocava a desordem. Era considerado como fator de manutenção da tradição

indígena, alimentava a revolta escrava, mantinha a memória dos males passados, reacendia o desejo de matar os inimigos, ou seja, era uma forma de resistência à missão da catequese dos missionários e à expansão colonial (ACSERALD *et al.*, 2012).

Consumido durante os rituais de passagem e de sedução, em festas, nos momentos que antecediam as guerras, o álcool também tem registrada sua eficiência terapêutica. As propriedades medicinais da cachaça eram reconhecidas como, por exemplo, na prevenção da malária, picadas de cobra, sífilis e para combater o frio podendo ser, além de ingerida, também aplicada no corpo do doente (FIDELIS DIAS, 2008). Seu uso pela manhã protegia o corpo contra as doenças, ajudava a “fechar o corpo” dos males, era considerada milagrosa, boa para diversas situações e circunstâncias (CASCUDO, 1983). No período compreendido entre os séculos XVIII e XIX médicos e boticários receitavam drogas, na sua maioria de origem vegetal. Plantas, especiarias, flores, frutas e águas, entre as quais, a aguardente, o vinho, os licores entravam na sua preparação (FIGUEIREDO, 2005). Além de entrar na preparação das drogas, a própria bebida alcoólica tinha função medicinal: o vinho era considerado como tônico cardíaco e recomendado na prevenção da tuberculose; já a cachaça associada ao mel e limão era considerada fundamental na cura da gripe.

Segundo a literatura dos viajantes no Brasil, a sociedade colonial consumia o vinho importado da metrópole portuguesa, nos salões, enquanto os menos favorecidos consumiam a aguardente de cana – cachaça, pinga, caninha – subproduto da indústria açucareira, a partir da segunda metade do século XVII. A cachaça era considerada pelas populações indígenas como uma bebida de não-índio, comprada na cidade (FIDELIS DIAS, 2008). Com o tempo, o consumo da aguardente difundiu-se e popularizou-se em todo o país, seja como complemento alimentar diário entre as classes populares, ou como aperitivo entre os senhores nos seus momentos de relaxamento. A cachaça, integrada aos hábitos alimentares brasileiros, era a “bebida dos homens”, mas também agradava às mulheres das classes baixas (MEZAN ALGRANTI, 2005).

A cachaça nascida em terras brasileiras pelas mãos dos portugueses durante o período colonial, muitas vezes usada como moeda nas trocas do tráfico negreiro, acaba por consolidar-se como um produto de baixo status não apenas em termos de consumo, mas também de produção: “[...] sua própria distribuição e venda se deu, muitas vezes, às margens da lei ou em pequenos estabelecimentos, agregando, em síntese, os desclassificados e marginalizados do sistema.” (SOUZA, 2004, p. 02). A cachaça é citada como tendo sido essencialmente um “mata-fome.” (CASCUDO, 1986). Sob seu efeito a população pobre esquecia a fome e continuava trabalhando (CASCUDO, 1983), a bebida se tornou por vezes um instrumento para desarticular

a oposição dos negros à escravidão: os mercadores de escravos excitavam os chefes negros com aguardente (RUGENDAS, 1968). O consumo etílico por parte dos escravos foi visto de forma ambígua pelas elites; ora criticado por servir como incentivo à rebeldia, ora visto com benevolência exatamente por servir como consolo para o escravo e como antídoto contra veleidades de rebelião (SOUZA, 2004).

Lycurgo Santos Filho, médico e historiador brasileiro, especifica temporalmente o momento histórico no qual o consumo de cachaça tornou-se largamente difundido, tomando como ponto de partida o sertão baiano, onde, no início do século XIX, ainda eram raríssimos os alambiques. Segundo ele, a bebida que veio a tornar-se eminentemente nacional, de largo uso no país, era de consumo restrito em princípios do século XIX. Nessa época, bebiam-na quase que somente os negros e mulatos, “a gente do povo”. Os burgueses, fazendeiros, senhores de engenho, serviam-se de vinho, segundo o tradicional costume português: “Não se usava a aguardente, nesse tempo, nem para veículo de antigas fórmulas, beberagens e mezinhas caseiras.” (SANTOS FILHO, 1956, p. 303). O *alcoholismo* não era um problema generalizado, pouco afetando os portugueses. Tem-se aqui um problema de ordem econômica, mas também e em larga medida, cultural. O *alcoholismo* socialmente condenado era o *alcoholismo* dos pobres e dos excluídos (SOUZA, 2004, p. 56).

São relativamente escassos os documentos que se referem a casos de embriaguez entre os membros das elites. Escravos e brancos pobres foram os consumidores preferenciais da cachaça brasileira, mas há registros do considerável volume que alcançou a importação de vinhos e aguardentes portugueses, consumidos pelas elites coloniais; um consumo no qual não se via nada de condenável. Conclui Scarano (2001, p. 481), referindo-se ao consumo etílico dessas elites: “Desse modo é fácil compreender que não mereceram considerações especiais ou críticas nos documentos compulsados, não há preocupação em relatar problemas trazidos pelo excesso de bebida em pessoas desses grupos benestantes.”

O consumo de bebidas alcoólicas pelas elites coloniais não era condenável. Ao contrário, seu emprego era considerado medicinal⁴⁰, de forma coerente com as teorias miasmática e humoral, em referência às ideias hipocráticas que orientavam o saber médico de

⁴⁰ A medicina popular (não me deterei aqui sobre o problema do “popular”), de fato, tomou a cachaça como base para diferentes medicamentos e para diferentes males. Ela era usada com diversas misturas e era vista como elemento protetor contra a malária. O hábito de bebê-la converteu-se em crença, como salienta Câmara Cascudo (1983, p. 723): “Nascera no século XVI o mata-bicho contemporâneo, renitente e vulgar em Portugal e Brasil [...]. Não se trata de aperitivo. É remédio supersticioso.” Uma crença, aliás, não restrita ao Brasil, e compartilhada pela medicina de outros países em outras épocas, já que, na França, no início do século XVIII, um médico “atribuía à aguardente o poder de proteger contra as doenças, cicatrizar feridas, facilitar a digestão, proteger do frio e da fadiga dos trabalhos pesados e, principalmente, de fazer com que se comece bem o dia.” (FLANDRIN, 1998, p. 606 *apud* SOUZA, 2004, p. 70)

então, em uma concepção de boa saúde que dependia do equilíbrio dinâmico dos humores: sangue, fleuma, bile amarela e bile negra. O *alcoholismo* – seus excessos e seus perigos – socialmente condenado durante os períodos do Brasil colônia e do Brasil império era o *alcoholismo* dos pobres, dos escravos, dos homens do povo. Todavia, a leitura dos textos de historiadores permite inferir, sem dúvida, que o problema do *alcoholismo*, nas épocas colonial e imperial, *não era uma questão médica*:

O “alcoólatra” é um sujeito inventado. “Alcoolista” era o termo mais usado pelos neuro-higienistas. No Brasil esse sujeito social foi construído durante as primeiras décadas da República. Portanto a figura do alcoólatra contemporâneo não se confunde com a figura do bebedor, por exemplo. Do ponto de vista contemporâneo, o alcoholismo é uma doença e o alcoólatra um doente. Contudo, essa concepção, do ponto de vista histórico é bastante recente, ou seja, foi há pouco mais de cem anos que o alcoholismo se tornou um problema médico, e o alcoólatra, um potencial paciente, alvo de ação da medicina. (CARVALHO, 2012, p. 84)

Aqui, outra vez faço um parêntese. Sandra Caponi, em seu livro *Loucos e degenerados – uma genealogia da psiquiatria ampliada* (2012), fala sobre o *Traité des Dégénérescences Physiques, Intellectuelles et Morales del’Espèce Humaine*, do psiquiatra franco-austríaco Bénédict Augustin Morel, publicado em 1857. No tratado, Morel demonstra preocupação com a degeneração por intoxicação (um dos seis tipos de causas para a degeneração) e considera que uma das formas mais graves e radicais de degeneração é a ingestão desmedida de álcool. Caponi (2012, p.95) inscreve o tratado de Morel como “[...] marco inaugural da psiquiatrização das anomalias e dos desvios de comportamento.” A autora ainda cita o psiquiatra alemão Emil Kraepelin, considerado ainda hoje fundador da psiquiatria moderna: “[...] manteve viva e intacta a ambição dos higienistas do século XIX de pensar os problemas existenciais e sociais como categorias médicas e orgânicas.” (CAPONI, 2012, p. 124) e destaca que o DSM IV-TR (ver discussão, adiante) se identifica como neo-kraepeliniano. Kraepelin, particularmente em *Clinical Psychiatry: a textbook for students and physicians*, de 1907, vinculará enfermidades psiquiátricas a fenômenos sociais amplos, referindo-se a fenômenos patológicos relacionados ao uso de álcool como “proletarização.” (CAPONI, 2012, p. 130). Fecho parêntese.

Difundido o uso das bebidas alcoólicas no Brasil, dissociado dos costumes tradicionais indígenas e africanos, o *alcoholismo* se tornou mais frequente. A Igreja Católica favorável ao consumo do vinho português condenava a cachaça que fazia “perder o juízo” dando margem ao pecado. A figura do negro bêbado de cachaça, como tipo caracteristicamente brasileiro, é ambivalente: por um lado o rebelde, por outro, o entorpecido. Recomendava-se o uso da cachaça entre escravos e índios para facilitar a dominação. Mas a cachaça também aparece

ligada aos rituais, principalmente religiosos indígenas e africanos, caso do *Catimbó* (culto indígena com influência africana em torno da planta Jurema) e da *Pajelança* (manifestação do xamanismo dos povos indígenas) (MEIRA, 2010).

Santos (1995), apresentado no início dessa seção, também cita esse deslocamento. O autor apresenta importante transformação da tradição do uso dos alcoólicos desde a Idade média, pelo abandono do uso estritamente ritualístico. A dimensão da festa e do prazer laicos tomava impulso na mesma medida em que o indivíduo ganhava autonomia frente à igreja e os valores políticos feudais. Nesse contexto, o uso do álcool integrava-se perfeitamente dentro dos novos arquétipos do cotidiano social, sendo, também-, reconhecido como substância com propriedades terapêuticas. O prazer e as festas sempre foram dimensões inerentes ao uso destas substâncias, o que começava a se modificar era o caráter religioso e místico deste uso.

Existem relatos de um verdadeiro processo de *alcoholização* com importante significado coletivo entre os índios e escravos. Em todos os tempos, a ocupação e gestão territorial favorecem o *alcoholismo*. Portanto, conhecer as características dos processos históricos é fundamental para entender o impacto sofrido pelas populações. O contato dessas populações com a cidade contribuiu para que o ritual culturalmente aceito do beber, mesmo do beber antes de comer, se tornasse *alcoholização*, com graves consequências. Rituais e tabus foram eliminados e/ou substituídos por outras formas de relação com a bebida, criaram-se outras motivações de uso, limitando ou mesmo dando origem a uma incapacidade individual e coletiva de reagir diante das novas situações. O beber álcool, antes uma forma de afirmação cultural do grupo, em festas sagradas ou profanas, uma vez eliminados os rituais tradicionais agregadores, tende a se transformar em *alcoholização*, um sinal e sintoma de deterioração das relações do indivíduo com a sociedade (ACZERALD *et al.*, 2012).

Em uma pesquisa realizada em artigos da Gazeta Médica do Rio de Janeiro entre os anos de 1862 e 1864, entre outras publicações da época, ficou claro que os abusos do álcool eram percebidos e relacionados, naquele momento, a defeitos morais, individuais, sociais ou raciais. Ou seja, não se atribuía às próprias substâncias grande importância, e não são raros os artigos em que médicos relatam o consumo contínuo de álcool ou nicotina para se atingir a cura de diversos males. A única proibição de substância psicoativa no século XIX foi feita ainda no Império e proibia o uso de maconha (VARGAS, 1995, p. 198-199 *apud* FIORE, 2002). Não se deve associar, no entanto, esta proibição a uma preocupação direta com uma substância; estava relacionada muito mais ao controle da mão-de-obra escrava e, mais ainda, ao controle da perigosa e crescente população negra e mulata livre no centro urbano do Rio de Janeiro (CHALHOUB, 1988).

Esse quadro intensifica-se com a abolição da escravidão, em 1888, e a declaração da República, em 1889, momento histórico no qual o Brasil passa por grandes mudanças e enfrenta sérios desafios sociais. Havia um fluxo considerável de imigrantes para o país. A urbanização descontrolada se intensificou, causando sérios problemas sociais e sanitários. Na terceira década do século passado, o regime político denominado Estado Novo entra em vigor, armado de ideias antiliberais e atitudes repressivas (CARVALHO, 2012).

O processo de *alcoholização*, como se vê, não é igual para todos. Na transição para o século XX o Rio de Janeiro recebe a influência de negociantes estrangeiros, bem como de brasileiros regressos da Europa que incluíram elegantes bebidas como "[...] o *vermouth*, o *cocktail*, o *gin fizz*, o *whisky*, o *Pick me up*, o *Sherry-Cobbler*, sem que o Porto e o *champagne* perdessem seu prestígio nessas e noutras rodas esnobes." (FREYRE, 1959, p. 418). O consumo de bebidas diversificou-se, sofisticou-se e tornou-se, cada vez mais, um instrumento de criação de distinção social a partir do século XIX:

A representação do senhor rural passa pela fidalguia de receber seus convidados. As bebidas acompanhavam a tendência de ser a Corte na província. Para o cotidiano, duas dúzias de copos para água. Para a intimidade do proprietário, oito copos de conhaque e, para receber seus convidados, oferecem-se champagne e vinhos, respectivamente, em cinco dúzias e meia de cálices para cada bebida. (SCHNOOR, 199, p. 48)

Se o consumo de bebidas passou por esse processo referente às elites, membros dessas mesmas camadas sociais iniciaram, algumas décadas depois, uma campanha contra o consumo de bebidas alcólicas que fazia barulho (SOUZA, 2004). Desta forma, nos anos 1920, são criadas várias ligas contra o álcool. Em banquete promovido por estudantes de Direito foi declarado o "primeiro grito de guerra contra o álcool". Relatando tais episódios, Sevcenko (1992, p. 84, grifos meus) ressalta, contudo, o fato de tais campanhas dirigirem-se, preferencialmente, contra o consumo de bebidas baratas, o que o leva a concluir: "Era menos a embriaguez em si que incomodava, pois, que a **embriaguez do 'outro'**".

A institucionalização de uma visão negativa sobre o álcool e as drogas progressivamente se constrói. "No Brasil a preocupação do Estado com as substâncias psicoativas aparece pela primeira vez no Regulamento Imperial de 1851, que instituía a polícia sanitária e disciplinava a venda de remédios." (RODRIGUES, 2004, p.126). A fiscalização das práticas médicas, o controle da prescrição e venda de medicamentos psicoativos, são aspectos de uma estratégia de intervenção sanitário-social. "A medicina se torna um instrumento do Estado na medida em que o corpo do indivíduo se torna alvo de vigilância e preocupação estatais, num instante em que o capitalismo industrial nascente visa a força produtiva do trabalhador, não estando em jogo sua

capacidade intelectual, mas sua disponibilidade física para o trabalho.” (RODRIGUES, 2004, p. 96). A política de ortopedia social controla os desejos, as diferenças. O Estado Clínico assume o direito irrestrito de determinar o que é melhor para a saúde da população (SAVATER, 2000), numa gestão da vida e normatização dos corpos, ou seja, em dispositivos de biopolítica e biopoder.

Nesse contexto, o Movimento Brasileiro de Higiene Mental⁴¹ cria a Liga Brasileira de Higiene Mental. Fundada no Rio de Janeiro, em 1923, pelo psiquiatra Gustavo Riedel, a Liga tinha como objetivo primordial a melhoria na assistência aos doentes mentais, através da modernização do atendimento psiquiátrico. A Liga era uma entidade civil, reconhecida publicamente através de subsídios federais, e composta pelos mais importantes psiquiatras brasileiros. De 1923 a 1925, a Liga seguiu a orientação de Riedel. A partir de 1926, influenciados pelo contexto político e pelo contato com ideias alemãs, francesas e norte-americanas, os diretores da Liga mudaram sua orientação, de modo que uma clara tentativa de *normalizar* a população tornou-se o principal objeto para os médicos em seus esforços para inibir os *deficientes mentais*. Os princípios da eugenia e da higiene mental incentivavam psiquiatras que pretendiam colaborar para a criação de uma nação próspera, moderna e mais saudável (CARVALHO, 2012). Além das ideias de degeneração no desenvolvimento da Liga Brasileira de Higiene Mental, Seixas et al. (2009) destacam essa influência de conceitos eugênicos na conceitualização brasileira de doença mental. “O que queremos é gente de saúde mental e físico forte [...]. Eugenisemos o brasileiro, selecionemos os tipos arianos que nos procuram, escapemos à infiltração de nova dose de sangue mongólico [...]” (PACHECO; SILVA, 1934 *apud* MOREIRA-ALMEIDA et al., 2005, p.07).

⁴¹ “O movimento de Higiene Mental iniciou nos Estados Unidos com Clifford W. Beers. Que escreve sua autobiografia como paciente psiquiátrico e é apoiado, em seus intentos, por Willian James e Adolph Meyer. A este último é atribuído o tema higiene mental. Beers funda em 1908 a sociedade de Higiene Mental cujo primeiro objetivo era proteger a saúde do público em geral. Durante a Primeira Guerra Mundial, o médico Simon, do Comitê Nacional de Higiene Mental, trabalhou no tratamento das perturbações mentais entre os soldados, diminuindo a porcentagem de problemas no exército dos Estados Unidos em relação aos outros países, fato que repercutiu internacionalmente, tanto que, depois da guerra de 1918, a Liga das Nações criou um departamento de saúde com uma seção de Higiene Mental. A partir daí os comitês de Higiene Mental foram criados em vários países: Canadá (1918), França (1920), Argentina (1921), Bélgica, Brasil e Inglaterra (1923)” (ANTUNES, 2002, p. 88). De acordo com Elso Arruda (1959 *apud* PORTOCARRERO, 2002, p. 53-54), a higiene mental é, então, considerada uma “ciência”, uma disciplina positiva, normativa e aplicada. Positiva, porque tem por objetivo a manutenção da saúde mental e a prevenção dos distúrbios psíquicos. É normativa porque, para alcançar seu objetivo, sujeita-se a normas indispensáveis, ou as prescreve. É aplicada, porque seus princípios podem ser aplicados aos mais diferentes setores da atividade humana, objetivando uma existência sadia e a felicidade individual e coletiva.

Em 1923, o médico e deputado federal gaúcho Carlos Penafiel⁴² argumentava que: “[...] O alcoolismo é uma doença moral e seu remédio está na educação. O alcoolismo é uma doença social e seu remédio estaria na ordem”, conforme texto⁴³ publicado na Liga Brasileira de Higiene Mental (1925, p. 147). A enunciação dos princípios do deputado gaúcho expressava uma passagem da questão alcoólica da esfera dos costumes para a dimensão de um saber médico-moral, bem como, essa passagem representa o fruto de um processo de intervenção crescente da medicina no campo social (CARVALHO, 2012). Notemos aqui o importante deslocamento que corrobora na produção do *alcoolismo* permeada por discursos médico-institucionais.

Em 1929, o médico Juliano Moreira⁴⁴, considerado por Oda (2012) como o principal fundador da moderna psiquiatria brasileira, define o *alcoolismo* como doença social e endemia social (MOREIRA, 1929). Acrescenta-se a esse fato que a teoria do contágio, embalada pelo sucesso ‘microbiano’ de Pasteur vence, depois de séculos, a teoria miasmática e desbanca a teoria humoral que vigorava desde Hipócrates, culminando que “[...] antes terapêutica e benéfica, um verdadeiro remédio, a cachaça tornava-se um veneno e um malefício.” (CARVALHO, 2012, p. 85). Ao mesmo tempo em que para alguns autores o meio ambiente era pensado do ponto de vista predominantemente social, o advento da era microbiana ou bacteriológica na metade do século XIX, introduzida pelos trabalhos de Snow, Pasteur, e Koch entre outros, relegaria definitivamente, por outro lado, a teoria miasmática da doença a um segundo plano, e junto com ela, a importância do meio ambiente físico e social. Vence neste

⁴²Carlos Pena Fiel foi eleito deputado estadual em 1917, no Rio Grande do Sul, mas no ano seguinte renunciou ao mandato, pois foi eleito deputado federal pelo estado do Rio Grande do Sul. Foi membro da bancada do PRR – Partido Republicano Rio Grandense, em legislaturas sucessivas, até 1930.

⁴³ Texto originalmente publicado no *Jornal do Comércio*, em 16 de dezembro de 1923 (LBMH, 1925, p. 147).

⁴⁴ Juliano Moreira (1873-1933) nasceu em Salvador e graduou-se na Faculdade de Medicina da Bahia em 1891 – muito jovem, portanto – com a tese Etiologia da sífilis maligna precoce. Ainda que as informações sobre sua origem sejam escassas, sabe-se que era de uma família de trabalhadores modestos; seus pais eram pessoas livres, descendentes de africanos escravos (vale lembrar que a abolição da escravidão no Brasil se deu em 1888, quando Moreira tinha 15 anos de idade). Faleceu aos 60 anos, de complicações da tuberculose, doença que o acompanhara desde a juventude. Entre 1896 e inícios de 1903, foi professor assistente da cadeira de Clínica Psiquiátrica e de Moléstias Nervosas da Faculdade de Medicina da Bahia. Moreira esteve em viagens de estudos na Europa, onde se ligou a grupos de pesquisa em dermatologia e sifilografia, especialmente na Alemanha, e frequentou cursos nos serviços de Flechsig, Krafft-Ebing, Gilles de La Tourette, Valentin Magnan, etc. Neste verdadeiro périplo psiquiátrico, conheceu serviços na Alemanha, Inglaterra, Bélgica, Holanda, Itália, França, Áustria e Suíça. Mudou-se para o Rio de Janeiro em 1903, para dirigir o Hospício Nacional de Alienados, o que fez por quase 30 anos, até 1930. Transferir-se para o Rio significou abandonar a carreira universitária principiada na Bahia, uma vez que jamais seria professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Assim, tornou-se um influente “chefe de Escola” sem cátedra, exercendo efetivamente importantes atividades docentes como diretor do Hospício Nacional, junto aos estudantes de medicina que ali estagiavam e jovens médicos que se aprimoravam em Psiquiatria (ODA, 2012).

momento, a ênfase na concepção biológica da doença, relegando a outras ciências o estudo das relações com o meio ambiente socialmente construído⁴⁵ (GOUVEIA, 1999, p. 50).

Na *Bibliographia brasileira do alcoolismo*, organizada por Ernani Lopes, o texto médico mais antigo sobre o *alcoolismo* data de 1884: *Do alcoolismo crônico e suas consequências*, tese de Loureiro Alves. O seguinte, na ordem cronológica, data de 1897. Foi nas décadas de 1910 e 1920 que houve uma intensa produção de textos médicos sobre o *alcoolismo*. Destes, Carvalho (2012) seleciona aqueles dos *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, durante a década de 1920. Ao longo desse período todos os artigos mencionavam o problema do *alcoolismo*: higiene mental no exército, higiene escolar, legislação sobre migração, epilepsia, melhoria da prole, trabalho humano, não importava o tema estava sempre lá presente, com mais ou menos ênfase, a questão antialcoólica. Ademais, havia nos trabalhos da ABHM uma única seção permanente: CONTRA O ALCOOLISMO, EM FAVOR DA HYGIDEZ⁴⁶ MENTAL:

A Liga Brasileira de Higiene Mental não podia deixar de preocupar-se desde o seu início com a questão do alcoolismo, sabidos como são os múltiplos malefícios do terrível veneno inebriante sobre o systema nervoso, em particular sobre a mentalidade (LBHM, 1925a, p. 147)

Em 1923, no *I Congresso Brasileiro de Higiene*, os principais articuladores do movimento da higiene social tomaram para si a tarefa de proteger higienicamente a coletividade, em nome da ordem, e contra a anarquia do liberalismo, dos ideais igualitários, da promiscuidade e decadência urbanas. O objetivo era a criação dos hábitos *sadios*, o combate às "taras sociais" e a realização das grandes aspirações sanitárias do Estado: a robustez do indivíduo e a virtude da raça. Segundo a concepção higienista, não era possível fazer uma grande nação com uma raça inferior, eivada pela mestiçagem, como eram os brasileiros (MANSANERA; SILVA, 2000).

Em 1925, a LBHM recomenda a criação de "asylos" para os bebedores incorrigíveis" (LBHM, 1925a, p. 147):

É claro que o resultado obtido por estes asylos, tanto na Suíça como na América do Norte, não tem sido grande cousa, pois vale mais ou menos pelo seguinte: doentes

⁴⁵ Em 1996, o médico africano Mervyn Susser, professor emérito da Escola de Saúde Pública da Universidade de Columbia, refere que inclusive, mais recentemente, nos países em desenvolvimento, com o declínio da morbimortalidade por doenças infecto-contagiosas, as doenças crônico-degenerativas passam a ganhar destaque, e com elas um modelo de investigação mais reducionista que privilegia fatores de *risco* individuais, conferindo pouca ou nenhuma importância ao meio do qual esses fatores se originaram (SUSSER, 1996).

⁴⁶ Mantenho as grafias originais.

curados, um terço; saídas com risco de recaídas, um terço; doentes que sahem incurados, outro terço [...]. Em todo caso, trata-se de um paliativo, a que no interesse colectivo e dos próprios doentes a sociedade precisa recorrer.

Tão importante quanto o papel do *alcoholismo* na gênese das doenças mentais era, para a LBHM, a questão do *alcoholismo* entre os trabalhadores pobres, em virtude de “[...] seu potencial desestabilizador da ordem social e das forças produtivas.” (CARVALHO, 2012, p. 93). Um problema da disciplina (o corpo individual doente) e um problema da população (a degeneração da coletividade e a imoralidade), portanto, exigiam um dispositivo biopolítico novo.

A partir do século XVIII, com a efetiva consolidação de novas relações sociais, construídas desde a desagregação da velha ordem feudal e da estruturação do capitalismo, o consumo de bebidas alcoólicas passou a ser considerado causador de distúrbios na ordem social e na moral burguesa. Até então o que era considerado como tradição de consumir bebidas alcoólicas, dentro de rituais religiosos ou como livre expressão de um prazer coletivo, passa a ser regulado moralmente através de pressupostos e observações desenvolvidas pela medicina e pelas ciências afins (SANTOS, 1995).

Antes, porém, é importante pontuar que a regulação moral e a produção dos saberes referentes ao *alcoholismo* tem incidência ainda, nos dias de hoje, sobre os mais pobres, num processo que pode guardar relações axiais com o higienismo. Assim, de acordo com o 2º Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, pesquisa realizada pela Universidade Federal de São Paulo, sob organização do médico psiquiatra Ronaldo Laranjeira, o consumo de bebidas alcoólicas tem crescido entre as mulheres, e conforme o rendimento financeiro das pessoas. Participaram da pesquisa 4.607 pessoas a partir de 14 anos de idade e de todas as classes sociais, em 149 municípios de todos os estados brasileiros. O aumento foi de 36% entre as mulheres que abusam do álcool, e de **71% entre os mais pobres**, em apenas seis anos, entre 2006 e 2012 (Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, 2014, p. 34-43 – grifo meu). A matéria foi publicada no dia 13 de abril de 2013, no jornal O Estado de São Paulo “**Entre os mais pobres, 71% abusam do álcool**. Consumo cresce mais entre os brasileiros com menos renda, mostra estudo da Unifesp.” (REOLON, 2013).

Em uma pesquisa documental com o propósito de identificar o perfil sócio demográfico e clínico dos usuários do CAPS AD no interior de Minas Gérias, dos 217 prontuários analisados 40,5% eram sujeitos desempregados com prevalência do uso do álcool (29%) sobre as demais substâncias psicoativas, predominância do gênero masculino, idade entre 20 a 40 anos, estado civil solteiro, desempregados, residentes apenas com pai ou mãe (GONÇALVES; NUNES,

2014). Farias e Schneider (2009) desenvolveram um estudo do tipo exploratório descritivo, baseado na análise de 1122 prontuários do CAPSad da cidade de Blumenau-SC, nos anos de 2005 e 2007, e traçaram o perfil dos usuários daquele serviço: homens, maiores de 34 anos e dependentes de álcool (67,89%). Para os autores, a situação do CAPSad em Blumenau corrobora com dados nacionais e internacionais. Macagnan, Menetrier e Bortoloti (2014) verificaram o perfil dos usuários do CAPSad do município de Francisco Beltrão – PR, através de 223 fichas de identificação anexas nos prontuários e em entrevistas, no ano de 2014. Observaram que 72,2 % dos pacientes usuários da unidade têm idade entre 21 e 50 anos, 83,9% são do sexo masculino, 65,5% são solteiros, 64,1% têm ensino fundamental, 47,5 % não trabalham, 36,3 % são usuários de álcool, 26,0 % utilizam outras drogas.

As duas pesquisas sinalizam, como se vê, para uma estratégia de valorização de um corpo útil e produtivo, do homem, em idade de trabalho. Ainda pode ser problematizado que o *alcoholismo* dos ricos parece escapar desses dispositivos “normativos”, visto que é sobre um corpo e um sujeito específicos que, ao que parece, incide com mais propriedade o dispositivo do alcoholismo que aqui descrevo.

Dessa mesma perspectiva, em uma revisão da literatura a respeito das concepções e formulações hegemônicas atuais sobre o *alcoholismo*, com vistas a identificar as principais proposições em relação à sua etiologia, Moraes e Barroco (2016) apontam fatores econômicos que envolvem a família, como a renda familiar e o local de moradia (periferias e regiões metropolitanas). Esse fator relaciona-se a outro aspecto indicado nos artigos: o trabalho. Sobre esse aspecto, as pesquisas apresentam, além do salário, as condições de trabalho e o estresse gerado nessa atividade como *fatores de risco* para o desenvolvimento do *alcoholismo*. (AMARAL; MALBERGIER, 2004; FONSECA, 2007; NASCIMENTO; NASCIMENTO; SILVA, 2007). Entre as demais causas do uso do álcool relativas ao trabalho estão: informalidade do trabalho, baixos salários, desgaste físico na atividade, jornada de trabalho, desemprego e outras (MORAES; BARROCO, 2016).

Volto à história e à relação entre a produção do alcoholismo como problema de governo e os discursos do trabalho e da pobreza. Essa estratégia remonta, como tenho tentando mostrar, ao movimento de concentração de pessoas nas cidades, no século XIX, e com parte delas morando e sobrevivendo nas ruas, vítimas que eram da miséria reinante, gerou-se um processo de estranhamento frente a essas práticas. No Brasil, as transformações precipitadas ao longo do século XIX também desencadearam situações, movimentos e reações semelhantes às aquelas ocorridas na Europa, porém um século depois. O cotidiano da capital da República, na época o estado do Rio de Janeiro, ia aos poucos ganhando jeito e hábitos de grandes cidades, trazendo

com isso os problemas decorrentes dos processos de urbanização. Com esse movimento são privilegiadas novas qualidades, com valorização demasiada do lucro e o estabelecimento de novas relações interpessoais e de trabalho ditadas pelo capitalismo (SANTOS, 1995).

Esses fatores levaram a um uso indiscriminado, dessacralizado e não ritual de bebidas alcoólicas (principalmente as fermentadas e destiladas), que perpassa todos os níveis da sociedade e apoiava-se firmemente no aumento da produção decorrente dos processos de industrialização das bebidas alcoólicas. A tradição de cura, de festa e de alegria atribuída ao uso do álcool, construída e reinventada na Europa Burguesa, passa a marcar presença nos discursos médicos, representando indicativos de que havia movimento e mudança dos saberes ligados a esses costumes. Foi justamente o discurso científico que veio a articular o poder disciplinador dos corpos e modos e o saber normalizador das relações na sociedade. Até o final do século XVIII, o consumo de bebidas alcoólicas permaneceu como uma tradição que não causava maiores transtornos para a vida social, sendo a sua produção praticamente artesanal. “O vinho fazia parte do ritual de hospitalidade de quase todos os povos ocidentais, e era considerado, da mesma forma que a cerveja, um excelente tônico, um restaurador para o espírito e o ânimo dos viajantes e trabalhadores.” (SANTOS, 1995, p. 55).

Deste modo, a elite científica brasileira encontrava-se – e, ao que parece, encontra-se, em certa medida – convencida de sua “missão patriótica” na construção de um tipo de nação, tendo como objetivo seu “saneamento moral”. As suas propostas baseavam-se no que se conhecia como “degradação das sociedades modernas”, especialmente a “degradação moral” que era associada à pobreza, pois esta, com seus vícios, não estava de acordo com o ideal de nação que se almejava à época. Essa “degradação moral” era vista como uma epidemia de contágio inevitável, uma vez que estava presente nas famílias pobres e colocava sob ameaça toda a sociedade (COIMBRA, 2000).

Em 1928, o médico pediatra Arthur Moncorvo Filho⁴⁷, autor de extensa produção científica no início do século XX e membro de diversas sociedades médicas, afirmava que:

⁴⁷ Arthur Moncorvo Filho foi membro efetivo de várias sociedades médicas. Em 1919, foi eleito membro honorário da Academia Nacional de Medicina. Em 1921, tornou-se sócio remido da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Em 1933, veio a ser Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria. Sua atividade não se restringiu à assistência médico-social à infância. Moncorvo Filho desenvolveu extensa produção científica. Até 1926, havia publicado mais de 300 trabalhos, versando sobre os mais variados temas relacionados à criança: coqueluche, bacteriologia, higiene profilática, linfangites, doenças parasitárias, tuberculose, moléstias de pele, emprego de sais de quinino, hérnias, febre amarela, impaludismo, mortalidade infantil, sífilis, amas mercenárias, difteria, alimentação da criança, doença de Barlow, catarata congênita, reumatismo cardíaco, a cura pelo sol e hanseníase, dentre outros. Publicou, também, 3 importantes livros, obras de referência para a história da pediatria no Brasil: “Hygiene Infantil” (1917), “Formulário de Doenças das Creanças” (1923) e “Histórico da Protecção à Infância no Brasil” (1926). Pouco antes de morrer, doou todo o patrimônio do Instituto de Protecção e Assistência à Infância e do Departamento da Criança no Brasil à prefeitura municipal. Veio a falecer em 14 de maio de 1944. Moncorvo

[...] o álcool estende, de maneira a mais degradante, seus terríveis malefícios ao indivíduo, à família e à sociedade. Atraindo grande massa de criaturas ao seu uso, quase sempre incontinente, ele aniquila a prole; é um sem número de vezes um fator da infelicidade, da miséria, da desmoralização e do luto em lares, dantes mui ditosos; é a causa indiscutível de despovoação; desequilibra a fortuna particular e pública e força a criação de hospitais, manicômios e asilos; torna-se a grande causa de crimes e de suicídios; e é, em suma, um tremendo flagelo! (MONCORVO FILHO, 1928, p. 27)

O estudo do *alcoolismo* desperta, então, o interesse dos intelectuais, no início do século XX. Juliano Moreira vincula a psiquiatria brasileira (até então mais afeita aos franceses) à corrente alemã incrementando a discussão sobre a etiologia das doenças mentais e promovendo um deslocamento epistemológico da esfera moral para a da biologia: “[...] o biologicismo, tendência predominante da tradição alemã, passa a explicar não só a origem das doenças mentais, mas também muitos dos fatores e aspectos étnicos, éticos, políticos e ideológicos de múltiplos eventos sociais.” (AMARANTE, 1994, p. 77-78). Ernani Lopes, diretor presidente da LBHM, em 1929, compartilhava dessa referência discursiva. Em discurso proferido em reunião da seção de *antialcoolismo* e saúde física e mental dos trabalhadores pobres, acentuava que era preciso “[...] mostrar o erro dos que desprezam o critério biológico na preocupação unilateral de um economismo incapaz de explicar todas as questões sociais.” (LOPES, 1929, p. 14).

Essa concepção de “anormalidade” corresponde mais à questão da causalidade, a necessidade de combater, preventiva e profilaticamente, os problemas sociais decorrentes do comportamento indisciplinável dos indivíduos que não podiam ser considerados *loucos* propriamente, nem tampouco *normais*. A nova categoria dos anormais se sobrepõe ao par normal-doente mental do século XIX, tornando a ação da psiquiatria mais específica, dirigindo-se a cada tipo particular de anormalidade; ao mesmo tempo, ela é cada vez mais abrangente, assistindo um número muito maior de indivíduos nocivos à sociedade, a partir da possibilidade de sua recuperação através de uma intervenção fundada em um saber médico “científico”. Nos séculos XX e XXI, esta categoria permite, por um lado, justificar cientificamente as medidas de repressão aos indivíduos indisciplinados, dando a ilusão de eliminar a ideia negativa de uma reclusão que consistiria apenas numa maneira ágil e fácil de afastá-los da sociedade. Por outro lado, ela fornece à psiquiatria uma das condições de possibilidade de ultrapassar seus próprios limites, o doente mental e o hospício, para abranger todos os indivíduos desde a criança normal, através de normas de um projeto de educacional de prevenção à anormalidade, até o adulto

Filho é reconhecido pela sociedade brasileira e pelo conjunto dos pediatras como o precursor das políticas de proteção à infância em nosso país. Por estas razões, a Sociedade Brasileira de Pediatria lhe conferiu a Cadeira 2 de sua Academia Brasileira de Pediatria (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

louco ou degenerado, penetrando em outras instâncias sociais como a família, a escola, as Forças Armadas. Ao mesmo tempo, a anormalidade vai modificar radicalmente os preceitos da assistência psiquiátrica, ao ser coetânea da elaboração da noção de "personalidades psicopáticas", nova classe nosológica que a medicina mental tenta explicitar, ao apontar a necessidade de criação de novas modalidades de assistência médica (PORTOCARRERO, 2002, p. 141-142).

Caponi (2012) destaca que, nas últimas décadas dos séculos XIX e nas primeiras década do século XX, começa a se consolidar uma verdadeira biopolítica das populações consideradas de risco, para si e para os outros, pelo surgimento de uma multiplicidade de novas classificações nosológicas de patologias psiquiátricas que dará lugar a novas estratégias de intervenção, a novas terapêuticas e um discurso higiênico preocupado em prevenir e identificar possíveis desvios patológicos.

Não se tratava mais, portanto, de asilar e excluir (embora a forma de asilo permanecesse viva e mesmo sofisticada⁴⁸), mas também de disciplinar e de produzir sujeitos para um novo espaço-tempo econômico e social. Acrescento aqui mais uma vez aqui o discurso de Ernani Lopes (1925b, p.170):

[...] são de fato numerosos os casos de psychopaths que não sabem que o são, ou que o são, mas não confessam, ou que simplesmente não têm energia para ir à consulta de um médico. São esses casos que o serviço social de informações tem o dever de descobrir nas famílias, nas escolas, nas fábricas, etc., a fim de encaminhar, por uma “doce violência”, à presença do psychiatra.

Ao propor uma ação “*profilática*” na sociedade, sobretudo para os “pequenos psychopaths”, categoria na qual se encaixava o *alcoolista*, o discurso da Higiene Mental idealizava um duplo movimento do ponto de vista econômico: diminuição do número de ingressos nos manicômios – diminuindo os custos do Estado – e crescimento econômico das nações. O discurso médico moral do primeiro período republicano sobre a questão do álcool era uma questão contraditória e de classe (CARVALHO, 2012, p. 96).

Mais recentemente, os discursos sobre as populações indígenas (mais uma vez, corpos e subjetividades precários, sobre os quais o biopoder se debruça) relacionam o uso excessivo de bebidas alcoólicas ao descontrole, às bebidas compradas na cidade que teriam maior poder de embriaguez – cachaça, conhaque, vinho, cerveja, uísque. Acreditam que possa haver também usos indesejáveis no caso de consumo de bebidas nativas que, entretanto, teriam menos poder de embriagar. Brigas na família e entre amigos, acidentes, diminuição da produtividade, perda

⁴⁸ O *alcooolismo* era considerado um problema grave no Rio de Janeiro do início do século XX, cidade onde, em 1911, existiam 3.579 casas que vendiam bebidas alcólicas e onde, em 1912, dos 19.950 presos, processados, suicidas, mortos de tuberculose e internos em hospícios, 14.750 eram alcoólatras (FIORENTINO, 1979, p. 92).

ou o esquecimento da cultura e incorporação de formas de beber da cidade, são considerados, hoje, sintomas do uso indesejável. Entretanto, o ato de beber em demasia (ou a intoxicação aguda, em referência aos manuais), está permeada por fatores culturais, podendo a recusa ao consumo ser interpretada como ingratidão e negação de sociabilidade. Curiosamente, o castigo/tratamento para o uso descontrolado consistiria em ingerir uma quantidade maior de bebida. O beber continua sendo associado à sociabilidade, enquanto o descontrole aconteceria quando se usaria a bebida para saciar a fome (FIDELIS DIAS, 2008).

Considerado uma “doença social”, o *alcoolismo*, conforme inventado pelo dispositivo higienista e segundo a relação intrínseca de marginalização do corpo dos mais pobres, é hoje um enunciado das enfermidades mais comuns nos grupos indígenas brasileiros, supostamente ligado às mudanças introduzidas no seu modo de vida (GUIMARAES; GRUBITS, 2007).

Há de ser considerado que o processo de implantação de uma racionalidade capitalista governamentalizada, apoiado por uma nova moralidade, produziu um instrumental normalizador e disciplinador capaz de difundir uma nova maneira de pensar. Viu-se aqui que as bebidas tinham uma história positiva, utilizada em rituais e festas, dentro de uma pauta cultural bem definida. O que acontece depois é uma negativização, um deslocamento: a bebida passa de um signo de resistência e de desvario (positivos e criadores) para algo que deve ser medicalizado e tratado. Contudo, modalizações precisam ser aqui problematizadas. A bebida não é negativa em todas as instâncias: os mais ricos e os artistas ainda carregam a aura do desvario, tratado de forma positiva, numa espécie de divisão social da anormalização e do governo.

A emergência da produção desses discursos remete ao discurso na sua realidade material de coisa pronunciada ou escrita e mobiliza “[...] inquietação de sentir sob essa atividade, todavia cotidiana e cinzenta, poderes e perigos que mal se imagina; inquietação de supor lutas, vitórias, ferimentos, dominações, servidões, através de palavras cujo uso há tanto tempo reduziu as asperidades.” (FOUCAULT, 2014, p. 08 [1970]). Parece que os discursos (sobre o álcool, objeto deste estudo) proliferam infinitamente, tal como *previra* Foucault, em *A ordem do discurso*. Esses discursos médicos–institucionais não podem ser dissociados. “Eles se ligam uns aos outros e constituem espécies de grandes edifícios que garantem a distribuição dos sujeitos que falam nos diferentes tipos de discurso e a apropriação dos discursos por certas categorias de sujeitos.” (FOUCAULT, 2014, p.42 [1970]).

Os discursos aqui apresentados marcam as cesuras, as rupturas e os deslocamentos sobre o *alcoholismo*, e identificam na produção desses discursos as instituições que o sustentam, o transmitem e reforçam, como a psiquiátrica⁴⁹, por exemplo.

No caso do *alcoholismo*, de seus conceitos, objetos e dos sujeitos que produz, encontraremos sempre no interior de normas e disciplinas, que esquadriam os sujeitos e os corpos, legitimando um discurso da verdade supostamente científica e socio-funcionalmente defensável. Todavia, como esta seção deixa ver, também estaremos – e estamos – no interior de dispositivos específicos (jurídicos, médicos, étnicos, raciais etc.) cujo delicado equilíbrio só se sustenta politicamente e que carece de legitimidade *epistêmica* para exercer seu poder. Como apontava Foucault em *Vigiar e Punir* acerca do insucesso das prisões, é justamente do insucesso na normalização e na cura dos supostos *alcoholistas* que residiria o êxito do dispositivo: criar corpos dóceis, governá-los, produzindo delinquência.

Na esteira deste empreendimento de pesquisa, procuro continuar a analisar a formação dos discursos sobre o *alcoholismo*, ao mesmo tempo dispersa, descontínua e regular, bem como os jogos de articulações que foram compostos e que culminaram, finalmente, na figura, *epistemologicamente*, coerente e reconhecida, do *alcoholista* na contemporaneidade.

3.2 A produção do *alcoholismo* como dispositivo médico científico

Entender os atuais discursos de diagnóstico acerca do *alcoholismo* torna-se indispensável para que seja possível conhecer os regimes de verdade que se naturalizam em torno do que se entende por sujeito *alcoholista*. Como se observou anteriormente, as práticas discursivas relacionam-se a acontecimentos econômicos, políticos e culturais, que produzem discursos que tornam possível deslocar objetos, conceitos e estratégias para objetivar o *alcoholista* e esquadriar a suposta doença que habita seu corpo, criar diferentes tonalidades para as práticas de diagnóstico ou de avaliação da *verdade* de um sujeito tornado anormal. Tanto o diagnóstico como a avaliação colocam em funcionamento um tipo de saber-poder que circula, que é exercido em redes; que inventa e submete o sujeito a um saber-poder (FOUCAULT, 2005 [1975-1976]). É a eficiência da classificação, ordenação e monitoramento tanto no diagnóstico, como na avaliação dos sujeitos, que colocam em funcionamento operadores discursivos e

⁴⁹ Sobre a instituição psiquiátrica vale ressaltar as contribuições de Caponi (2012), ao referir-se a ‘medicina do não patológico’, como essa capacidade da psiquiatria em intervir, terapêutica ou preventivamente, sobre o amplo mundo das anomalias e dos sofrimentos psíquicos, demonstrada sobretudo pelas atualizações do *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM)*.

práticas não-discursivas, “métodos de observação, técnicas de registro, procedimentos de investigação e de pesquisa” (FOUCAULT, 2005, p. 40 [1975-1976]) que permitem o constante processo de subjetivação, de formação e de acúmulo de saber que os especialistas são capazes de produzir. Trata-se da identificação da anormalidade e sua caracterização pormenorizada, para que o *alcoholismo* possa ser conhecido e descrito, para que o sujeito possa ser localizado, identificado, submetido a uma prática discursiva, para que se possa produzir um diagnóstico de suas condutas, de modo a sujeitá-lo em lógicas de saúde e doença, em binômios de normalidade e patologia.

Marcada a produção dos discursos sobre o *alcoholismo* no Brasil, apresento um brevíssimo delineamento do termo em solo estrangeiro, uma vez que a produção desses saberes, como se viu, tem claros respingos às práticas brasileiras. O conceito de *alcoholismo* só surgiu no século XVIII, logo após a crescente produção e comercialização do álcool destilado, consequente à revolução industrial, tanto nos Estados Unidos da América como na Europa. Deste período, destacam-se dois autores: o médico norte-americano Benjamin Rush e o médico britânico Thomas Trotter. O segundo foi quem, pela primeira vez, referiu-se ao *alcoholismo* como “doença”. Outro autor de relevância foi o sueco Magnus Huss (1849), que introduziu o conceito de *alcoholismo* crônico, estado de intoxicação pelo álcool que se apresentava com sintomas físicos, psiquiátricos ou mistos.

A definição de *alcoholismo* como doença, portanto, remete ao século XIX, através dos trabalhos de Jellinek. Evidencia-se aqui o nome de Elvin Morton Jellinek⁵⁰, com seu clássico trabalho *The Disease Concept of Alcoholism*, que exerceu grande influência na evolução do conceito desta dependência, considerando o *alcoholismo* doença apenas quando o usuário apresenta tolerância, abstinência e perda do controle. Entende-se, já aí, tolerância como a necessidade de doses cada vez maiores de álcool para que exerça o mesmo efeito, ou diminuição do efeito do álcool com as doses anteriormente tomadas; e por síndrome de abstinência um quadro de desconforto físico e/ou psíquico quando da diminuição ou suspensão do consumo etílico (RAMOS; WOITOWITZ, 2004).

Foi em meados do século XX que a ideia se popularizou no meio científico; o *alcoholismo* foi então descrito como uma “doença progressiva e fatal”. Não se avaliava o grau de risco ou

⁵⁰ Elvin Morton Jellinek, professor decano do Instituto de Estudos sobre Alcoholismo da Universidade Cristã do Texas, Forth Worth, E.U.A. Foi Consultor em Alcoholismo da Organização Mundial de Saúde no período de 1950/1951, quando foi publicado o *Informe Técnico N° 42 do Comitê de Expertos em Saúde Mental* determinando o *modelo doença* para o alcoholismo. A *Carta de Jellinek* consta da publicação *The Disease Concept of Alcoholism* – HillHouse Press 1960, sendo anteriormente publicada em vários jornais americanos, em forma de um V, onde a parte decrescente representava a progressividade da doença e a parte ascendente representava a fase de recuperação do alcoholismo (RUDGE, 2016).

danos à saúde em função dos diferentes níveis de consumo, tampouco os danos indiretamente associados; o que era avaliado era se o indivíduo era portador ou não de uma doença. Se fosse, a única possibilidade de recuperação seria a abstinência e, conseqüentemente, todos os casos em que o sujeito não mantinha a abstinência eram considerados fracassos terapêuticos. Na segunda metade do século XX, o sistema de classificação, pela necessidade de critérios de maior confiabilidade e validade, passa por mudanças e começa a considerar os problemas com o álcool e outras drogas que não envolviam adição ou dependência. Nessa classificação, Jellinek diferenciava os transtornos por uso do álcool: os que envolviam um claro processo de dependência (tipos gama e delta) e aqueles sem dependência (tipos alfa, beta, épsilon) (BESSA; GIGLIOTTI, 2004).

No entanto, apenas no DSM-III e na CID-8 é que os transtornos por uso de substâncias sem dependência foram introduzidos. A CID-8 apresentava a adição ao álcool como um estado de dependência física e emocional com períodos de consumo pesado e incontrolável, nos quais a pessoa experimentava uma compulsão para beber e sintomas de abstinência quando cessava o consumo. Outros padrões patológicos de beber, tais como beber episódico e excessivo, distinguiam-se da adição pela ausência de compulsão e abstinência (HECKMANN; SILVEIRA, 2009).

Nessa produção estratégica de discursos, em 1976, Griffith Edwards e Milton Gross propuseram uma nova síndrome, a Síndrome de Dependência do Álcool – SDA. Edwards e Gross (1976) apontaram que pessoas que bebem muito não são necessariamente dependentes e que a dependência deve ser avaliada não como uma doença, mas como uma síndrome, caracterizada por elementos biológicos e psicológicos: aumento da tolerância ao álcool (uso de quantidades progressivamente maiores para obter o mesmo efeito), uso compulsivo, restrição do repertório de comportamentos e atividades em função do consumo e da busca por álcool e a ocorrência de sintomas de abstinência. Estudos posteriores (VAILLANT, 1983 *apud* RAMOS; WOITOWITZ, 2004) defendem, novamente, que nem todo problema de uso de álcool é progressivo ou fatal, e que pessoas consideradas doentes podem estabelecer um padrão de consumo menos intenso, deixando de apresentar problemas – e aqui, o problema moral da separação biopolítica nos saberes psiquiátricos parece estratégico.

Os sintomas de abstinência são reações do organismo à diminuição da quantidade de álcool no sangue: sudorese, tremores, insônia, náuseas, cefaleia, ansiedade, irritabilidade e, em casos mais graves, convulsões, delírios e alucinações, o estado chamado de *delirium tremens*. O sujeito afetado pode então optar por manter o consumo contínuo, com interrupções de apenas poucas horas, a fim de evitar esse mal-estar. O curso de desenvolvimento e cessação dos

sintomas de abstinência (que pode se estender por horas ou dias) é descrito como uma síndrome (Síndrome de Abstinência Alcoólica), havendo consenso médico sobre seu diagnóstico e tratamento (LARANJEIRA *et al.*, 2000).

Atentemos para os discursos sobre a Síndrome de Dependência do Álcool (SDA). Para eles, a SDA não é uma enfermidade estática que se define em termos absolutos, mas um transtorno que se constitui ao longo da vida. É um fenômeno que depende da interação de fatores biológicos e culturais – por exemplo, religião e valor simbólico do álcool em cada comunidade –, que determinam como o indivíduo vai se relacionando com a substância, em um processo de aprendizado individual e social do modo de se consumir bebidas. Nesse processo de aprendizado da maneira de usar o álcool, um dos fenômenos mais significativos é o surgimento dos sintomas de abstinência. Quando a pessoa passa a ingerir a bebida para aliviar esses sintomas é estabelecida uma forte associação que sustenta tanto o desenvolvimento quanto a manutenção da dependência (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

Os *sintomas* da síndrome de dependência alcoólica são: 1) estreitamento do repertório; 2) saliência do comportamento de busca do álcool; 3) aumento da tolerância ao álcool; 4) sintomas repetidos de abstinência. Os estudos descritivos identificaram três grupos de sintomas: - físicos: tremores (desde finos de extremidades até generalizados), náuseas, vômitos, sudorese, cefaleia, câibras, tontura; - afetivos: irritabilidade, ansiedade, fraqueza, inquietação, depressão – sensopercepção: pesadelos, ilusões, alucinações (visuais, auditivas ou tácteis); 5) alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo aumento da ingestão da bebida; 6) percepção subjetiva da necessidade de beber; 7) reinstalação após a abstinência (EDWARDS; GROSS, 1976).

Mesmo depois de períodos longos de abstinência, se o paciente tiver uma recaída, rapidamente restabelecerá o padrão antigo de dependência. Essa sistematização da SDA, proposta por Edwards, teve sua validade clínica balizada pela comunidade psiquiátrica, não obstante seus problemas classificatórios, por inúmeros estudos e modificou a compreensão dos problemas relacionados ao álcool pela medicina, influenciando as classificações posteriores. No interior do dispositivo do alcoolismo, a SDA proposta por Edwards cria uma distinção clínica entre o que é dependência e quais seriam os problemas relacionados, estabelecendo graus variáveis de risco e de problemas ocasionados pelo uso do álcool, dispostos em duas dimensões: uma associada com a psicopatologia do beber, a dependência do álcool, e outra na qual se distribuem os diversos problemas oriundos do uso ou da dependência (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

Por serem supostamente bastante evidentes à investigação clínica e configurarem um indicador seguro sobre a intensidade do consumo recente de álcool, os sintomas da Síndrome de Abstinência passaram a servir como um critério crucial no diagnóstico da Síndrome de Dependência. Assim, até por caracterizar uma situação mais extrema, a dependência seria relativamente fácil de diagnosticar, a partir do discurso médico da sintomatologia. Entretanto, além dos limites dessa “física”, que mistura náuseas e tremores à precepções subjetivas, como se viu –, outros níveis de uso de álcool, que também são problemáticos, não têm definições muito objetivas. Ainda segundo esses autores, os principais manuais classificatórios, CID-10 e DSM, fazem a distinção entre dependência e uso nocivo, mas essa definição ainda é questionada por ser pouco precisa (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

Um parêntese, novamente, para adensar um ponto de suspeição: se evidentes, por que problemáticos? O deslocamento epistemológico da esfera moral para a da biologia, apontado por Amarante (1994), ao referir-se ao movimento de higiene mental do início do século XX, parece prevalecer. Moraes e Barroco (2016), em uma revisão da literatura a respeito das concepções e formulações hegemônicas atuais sobre o *alcoolismo*, para identificar as principais proposições em relação à sua etiologia, referem que dos 134 artigos analisados, 112 fizeram alusão a alguma explicação etiológica e ou teoria explicativa sobre o *alcoolismo*, utilizando como referência os fatores de determinação (biológicos, psicológicos e ou socioculturais); e 22 não fizeram referência a nenhuma explicação etiológica. Dos 112 artigos analisados, todos apresentam uma compreensão multicausal (também chamada de multifatorial) para a explicação das causas do *alcoolismo*. Os “aspectos orgânicos biológicos” (sexo, idade, fatores genéticos, marcadores orgânicos como enzimas e taxas sanguíneas, comorbidades psiquiátricas e clínicas, além de psicofármacos) foram notoriamente mais citados (91 menções) que os demais fatores nas publicações investigadas (70 menções a aspectos psicológicos ou comportamentais; 53 menções a aspectos sociais e ambientais). Isso significa que, no bojo do que chamaram de multicausalidade, características inatas e orgânicas foram predominantemente pesquisadas e analisadas para se conhecer e/ou comprovar sua função na determinação do *alcoolismo*. Esses trabalhos, em sua maioria, trazem a ressalva de que a hipótese biologicista ainda não foi cientificamente comprovada, motivo pelo qual esses estudos ainda têm caráter experimental. A incerteza quanto à influência do organismo humano sobre o *alcoolismo* tem impulsionado pesquisadores a essas investigações, com base na ideia da necessidade de desenvolver padrões etiológicos objetivos (entendem objetivos como biológicos), o que, nessa visão, produziria diagnósticos e tratamentos mais eficazes (REBELLO; CARVALHO, 2008). Na atualidade, essas pesquisas de caráter biológico, pela

predominância do paradigma da multifatorialidade flexibilizam a determinação estrita dos genes ou de padrões metabólicos no *alcoholismo*, e os colocam em relação ao ambiente em que o sujeito vive. Por esse entendimento, mesmo incorporando fatores ambientais aos componentes genéticos e fisiológicos, essas pesquisas permanecem subsidiadas por uma concepção de homem que tem seu comportamento determinado por aspectos orgânicos, pelas leis da natureza. Esse ponto explicita uma contradição existente nesse rol de pesquisas, pois apesar da inclusão de fatores exógenos ao homem na investigação do *alcoholismo*, compactuando com a multicausalidade, ainda estabelecem uma hierarquia entre os determinantes, dando ênfase a um fator em detrimento dos demais (MORAES; BARROCO, 2016). Fecho parêntese.

Permanecem, todavia, existindo tentativas de estabelecer um critério objetivo para fazer a distinção entre dependência do álcool e uso nocivo, ou ao menos para se definir um limite a partir do qual a ingestão alcoólica seria considerada prejudicial à saúde. Tal discurso está presente em diversos estudos, mas é colocado em xeque, em certa medida, por pesquisas que defendem que o consumo pode não apenas ser inofensivo, como também benéfico (BURGER, 2004; BATLOUNI, 2006). Nesse caso, aparecem enunciados sobre as evidências de que o uso moderado de álcool tem alguns benefícios para a saúde, como a redução do risco de doenças isquêmicas do coração, acidente vascular cerebral isquêmico e colelitíase - presença ou formação de cálculos nas vias biliares (WÜNSCH FILHO, 2012-2013). Mesmo para certos tipos de câncer, pesquisas têm assinalado o possível efeito de proteção induzido pelo consumo moderado de bebidas alcoólicas (BOFFETA; HASHIBE, 2006; BANN *et al.*, 2007).

Um critério utilizado para a distinção estratégica, neste dispositivo, entre dependência de álcool e uso nocivo é o número de doses ingeridas por semana. Porém, sua aplicação é, novamente, problemática: há estudos que apontam como benéfica uma ingestão diária de 20g de álcool, cerca de duas doses (BURGER, 2004), outros que consideram como de baixo risco o consumo de até 21 doses semanais (LARANJEIRA; NICASTRI, 1996; GIGLIOTTI; BESSA, 2004), sendo que a mesma medida pode caracterizar um “bebedor pesado”, conforme a distribuição destas doses na semana (SENAD, 2007). Para a Secretaria Nacional Antidrogas a quantidade que define o “*beber em binge*” foi estabelecida como 5 doses para homens e 4 doses para mulheres, em uma só ocasião (SENAD, 2007).

Na avaliação individual do paciente, além de se diagnosticar a dependência ou o uso nocivo, é necessário que se pesquise o seu padrão de consumo de bebida para que se possa estabelecer o nível de gravidade de uso. O conceito de *padrões de consumo* aborda tanto aspectos médicos quanto psicossociais do uso de álcool. Os principais padrões de consumo de

álcool mencionados na literatura científica são o *uso moderado*, o *beber pesado* (BP) e o *beber pesado episódico* (BPE). Novamente, o diagnóstico parte de um discurso bastante problemático, já que o uso moderado de bebidas alcoólicas é um conceito de difícil definição, uma vez que é interpretado de maneiras diferentes. A OMS estabelece que para evitar problemas com o álcool, o consumo aceitável é de até 15 doses/semana para homens e 10 para mulheres, sendo que 1 dose equivale a aproximadamente 350 ml de cerveja, 150 ml de vinho ou 40 ml de uma bebida destilada, considerando que cada uma contém entre 10 e 15 g de etanol. O BPE – *beber pesado episódico*, também denominado *binge drinking*, é definido como o consumo de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião por homens ou quatro ou mais por mulheres, pelo menos uma vez nas últimas duas semanas (WHO, 2004). A Organização Mundial da Saúde considera como consumo abusivo beber 60 g ou mais de etanol por semana (WHO, 2011), refere ainda que não existe um nível seguro para o consumo de álcool, sobretudo se a pessoa bebe mais de duas doses por dia e se não deixa de beber pelo menos dois dias na semana (WHO, 2010).

O critério de BPE do *National Institute on Alcohol and Alcoholism* (NIAAA), dos Estados Unidos da América, é semelhante, definido como o consumo de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião por homens ou quatro ou mais por mulheres, sem considerar, porém, a frequência desse padrão de consumo. A definição de BPE foi criada a partir de evidências científicas crescentes de que essas quantidades aumentam o *risco* de o indivíduo apresentar problemas relacionados ao uso do álcool. O padrão de consumo denominado BP, por sua vez, é definido pelo NIAAA como qualquer consumo de bebidas alcoólicas acima do considerado uso moderado, ou seja, o consumo de até duas doses de bebida alcoólica por dia para os homens e de até uma dose para mulheres. Em outras palavras, é o padrão de uso de bebidas que excede o uso moderado ou os padrões de uso de álcool socialmente aceitos. Beber pesado é, portanto, um conceito mais amplo, que engloba o padrão BPE (NIAA, 2004). Aqui, como podemos ver, estamos no plano dos cálculos e das estatísticas, próximos das tecnologias do biopoder que precedentemente apresentei.

Um corpo crescente das chamadas “evidências epidemiológicas” tem demonstrado consistentemente que o BP está associado a uma gama significativa de situações adversas à saúde e à sociedade, como danos à saúde física, comportamento sexual de *risco*, gravidez indesejada, infarto agudo do miocárdio, intoxicação alcoólica, quedas e fraturas, violência (incluindo brigas, violência doméstica e homicídios), acidentes de trânsito, problemas psicossociais, comportamento antissocial e dificuldades escolares, tanto em jovens como na população em geral, além de estar associado a um aumento da mortalidade por todas as causas

de doenças cardíacas e relacionado a um *risco* maior para transtornos psiquiátricos, câncer e doenças gastrintestinais (HECKMANN; SILVEIRA, 2009). De acordo com a OMS, considerando-se a exclusão das mortes por causas nas quais o álcool tem um efeito possivelmente protetor⁵¹, cerca de 2.500.000 mortes por ano, aproximadamente 4% do total de mortes no mundo⁵², são atribuíveis ao consumo de bebidas alcoólicas, das quais mais da metade são doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 2011).

É possível que uma pessoa mantenha uma quantidade ou frequência de consumo considerados de *risco* e apresente pouco ou nenhum problema, assim como é possível que uma intoxicação eventual provoque grande dano. Além disso, como ocorre com as substâncias psicoativas em geral, o efeito da mesma quantidade de álcool pode variar muito entre indivíduos (ou no mesmo indivíduo em situações diferentes), em função de fatores como sexo, idade, condições físicas gerais, circunstâncias do uso (por exemplo, se a pessoa está com o estômago vazio ou não), histórico de uso, relação subjetiva com a substância, traços de personalidade, estado de humor e aspectos simbólicos e contextuais da situação de uso (SANTOS, 2008).

Atentemos ao sentido da noção de risco fortemente marcado nas tentativas de definição de diagnóstico para o *alcooolismo*. Recorro, mais uma vez, ao olhar da pesquisadora brasileira Mary Jane Spink para problematizar essa noção, tão inocentemente empregada de *risco*⁵³, de uma perspectiva histórica dos discursos sobre *risco* colados à governamentalidade. Está noção está relacionada, a partir da modernidade clássica, à crescente necessidade de governar populações. Reverenda, portanto, medidas coletivas destinadas a gerenciar a distribuição e o movimento de pessoas nos espaços físicos e sociais. Concerne a uma nova tecnologia dirigida ao corpo-espécie que, segundo Foucault (2005 [1976-1977]), foi introduzida na segunda metade

⁵¹ Conforme os estudos já mencionados acima (WÜNSCH FILHO, 2012-2013; BOFFETA; HASHIBE, 2006; BANN et al., 2007)

⁵² Sobre as mortes causadas pelo uso prejudicial de álcool adianto aqui que vida exposta à morte, a vida nua e a vida sacra, esse elemento político originário, será abordada no capítulo subsequente à luz da teoria do *homo sacer* do filósofo italiano Giorgio Agamben. Considere-se a esfera de significado do termo sacer como simplesmente uma vida matável, que se politiza através de sua própria matabilidade (AGAMBEN, 2014, p. 89).

⁵³ “Antes de tudo, risco é uma noção essencialmente moderna. Implica numa reorientação sobre as relações as pessoas com os eventos futuros, tornando-os passíveis de gerenciamento e não mais os deixando à mercê do destino. Não que não houvesse experiência de perigo antes da época moderna, ou que não tivesse sido valorizada a ousadia em contextos históricos diversos. A novidade é a ressignificação desses perigos numa perspectiva de domesticação do futuro. Entretanto, não se trata apenas de uma nova sensibilidade: também a palavra risco é nova, tendo seu primeiro registro no século XIV. Inexistia em grego, em árabe e em latim clássico. Tem registro em espanhol desde o século XIV, mas ainda sem a clara conotação de perigo que se corre. É no século XVI que adquire seu significado moderno, e apenas em meados do século XVII que passa a ter registro nos léxicos da língua inglesa. Etimologicamente, suscita mais hipóteses do que certezas. A mais plausível é que risco seria um derivativo de *resicare*, ou seja, cortar. A palavra parece ter sido usada para descrever penhascos submersos que cortavam os navios, emergindo daí seu uso moderno de risco como possibilidade mas não como evidência imediata.” (SPINK, 2000, p. 61)

do século XVIII, passando a complementar as tecnologias disciplinares já em operação, essencialmente centradas nos corpos individuais. Como biopolítica, seu foco são os fenômenos que dizem respeito a análises de séries que possibilitam cálculos, previsões e estimativas e, conseqüentemente, políticas direcionadas ao conjunto da população, embora necessariamente articuladas com as formas disciplinares. Trata-se do risco como probabilidade de ocorrência, conceito central em campos como o da epidemiologia (SPINK; MEDRADO; MELLO, 2002).

A definição do que vem a ser risco está imbricada com valores e ordens morais que extrapolam a racionalidade do cálculo do risco. Os discursos sobre risco definem territórios enunciativos que demarcam campos de gestão nos quais se desenvolvem maneiras específicas de falar sobre riscos. Assim, a referência à linguagem dos riscos, embora no singular, não significa a existência de uma linguagem unitária. No interior de cada campo de saber e fazer, se desenham formas de falar sobre riscos que lhe são específicas e que estão presas a três tradições discursivas muito distintas: a fala de senso comum sobre perigos, a perspectiva do controle e disciplina e a perspectiva da aventura (SPINK *et al.*, 2008).

Primeiramente, cada sociedade, a cada momento de sua história, define o que vem a ser risco e essa definição apenas superficialmente refere-se aos aspectos objetivos dessa sociedade. Os riscos não são conceitos abstratos; são fenômenos socialmente situados, definidos no âmbito de uma formação social específica, de um determinado grupo (seja este um domínio de saber, uma identidade social ou uma experiência específica como a vivência de uma doença) e por pessoas que têm uma trajetória específica. Fala-se de uma realidade social que é construída; que encontra sua objetividade na institucionalização das práticas, sendo estas resultantes da busca de formas de viver em coletividade (SPINK, 2000).

O *risco* individual foi cerceado pelas instituições públicas jurídicas, econômicas, sanitárias apoiadas por corpos de saberes específicos. Foi como instância legitimadora desses saberes que a ciência tornou-se, na modernidade clássica o mais importante apoio para a gestão pública dos *riscos* (SPINK, 2002). Gerir implica em criar regras e mecanismos de vigilância; implica, ainda, em fomentar a consciência individual que possibilita o autocontrole e que encontra na culpa e na educação tão poderosos aliados (FOUCAULT, 2013) [1975].

Voltemos aos discursos médicos-científicos. Mesmo a dependência, caso mais extremo e que tem critérios diagnósticos supostamente mais precisos, por sua aclamada sintomatologia física, apresenta uma diferença crucial entre as definições da CID-10 e do DSM-IV.

Analisemos a produção desses *enunciados* e *discursos* privilegiados, pois permeado de relações de saber-poder. A *CID-10, Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (também conhecida como *Classificação Internacional de Doenças –*

CID 10), é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde, hoje na sua décima revisão. Os transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de álcool são codificados pela CID – 10 F10, com a seguinte subdivisão, CID 10 F10 a CID 10 F9. Atentemos para a produção dessas diretrizes diagnósticas e seus enunciados privilegiados, acordados internacionalmente.

A *Intoxicação aguda (CID 10 F10.0)* é definida como o estado consequente ao uso de uma substância psicoativa e compreendendo perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas. As perturbações estão na relação direta dos efeitos farmacológicos agudos da substância consumida, e desaparecem com o tempo, com cura completa, salvo nos casos onde surgiram lesões orgânicas ou outras complicações. Entre as complicações, podem-se citar: traumatismo, aspiração de vômito, *delirium*, coma, convulsões e outras complicações médicas. A natureza destas complicações depende da categoria farmacológica da substância consumida assim como de seu modo de administração.

O uso nocivo para a saúde, CID 10 F10.1, é definida como o modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde. As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite consequente a injeções de droga pela própria pessoa) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos secundários a grande consumo de álcool). Já a *CID 10 - F10.2* compreende a *síndrome de dependência*, formulada como um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física. A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o *diazepam*), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes.

A *síndrome (estado) de abstinência (CID 10 F10.3)* é classificada como o conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável, ocorrem quando de uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado. O início e a evolução da síndrome de abstinência são limitadas no tempo e dependem da categoria e da dose da substância consumida imediatamente antes da parada ou da redução do consumo. A síndrome de abstinência pode se complicar pela ocorrência de convulsões. A síndrome de abstinência com *delirium (CID 10 F10.4)* é o estado no qual a

síndrome de abstinência tal como definida no quarto caractere .3 se complica com a ocorrência de *delirium*. Este estado pode igualmente comportar convulsões.

A *CID 10 F10.5* trata de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – caracterizado como *transtorno psicótico*, considerado o conjunto de fenômenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o consumo de uma substância psicoativa, mas que não podem ser explicados inteiramente com base numa intoxicação aguda e que não participam também do quadro de uma síndrome de abstinência. O estado se caracteriza pela presença de alucinações (tipicamente auditivas, mas frequentemente polissensoriais), de distorção das percepções, de ideias delirantes (frequentemente do tipo paranoide ou persecutório), de perturbações psicomotoras (agitação ou estupor) e de afetos anormais, podendo ir de um medo intenso ao êxtase. O sensorio não está habitualmente comprometido, mas pode existir um certo grau de obnubilação da consciência embora possa estar presente a confusão mas esta não é grave. Comporta também a alucinose, ciúmes alcoólica(o)(os), paranoia e psicose.

A *CID 10 - F10.6*, transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - *síndrome amnésica*, é uma síndrome dominada pela presença de transtornos crônicos importantes da memória (fatos recentes e antigos). A memória imediata está habitualmente preservada e a memória dos fatos recentes está tipicamente mais perturbada que a memória remota. Habitualmente existem perturbações manifestas da orientação temporal e da cronologia dos acontecimentos, assim como ocorrem dificuldades de aprender informações novas. A síndrome pode apresentar confabulação intensa, mas esta pode não estar presente em todos os casos. As outras funções cognitivas estão em geral relativamente bem preservadas e os déficits amnésicos são desproporcionais a outros distúrbios.

A *CID 10 - F10.7*, transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool, *transtorno psicótico residual ou de instalação tardia*, é considerado aquele transtorno no qual as modificações, induzidas pelo álcool ou por substâncias psicoativas, da cognição, do afeto, da personalidade, ou do comportamento persistem além do período durante o qual podem ser considerados como um efeito direto da substância. A ocorrência da perturbação deve estar diretamente ligada ao consumo de uma substância psicoativa. Os casos nos quais as primeiras manifestações ocorrem nitidamente mais tarde que o (s) episódio(s) de utilização da droga só deverão ser codificados neste caractere onde existem evidências que permitam atribuir sem equívoco as manifestações ao efeito residual da substância. Os “flashbacks” podem ser diferenciados de um estado psicótico, em parte porque são episódicos e frequentemente de

muito curta duração, e em parte porque eles reproduzem experiências anteriores ligadas ao álcool ou às substâncias psicoativas.

Um ponto de interesse, diante das classificações: se o sujeito “escapar” de algumas dessas diretrizes diagnósticas a classificação *CID 10 - F10.8* codifica *outros transtornos mentais ou comportamentais* e, finalmente, a *CID 10 - F10.9* codifica *transtorno mental ou comportamental não especificado*.

Já o *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-V)* é publicado pela Associação Psiquiátrica Americana. O DSM-V é uma classificação categórica que divide os transtornos mentais em tipos, baseados em grupos de critérios com características definidas. Hoje na quinta edição – DSM V – traz uma profunda revisão dos critérios diagnósticos dos transtornos mentais. Os *enunciados* sobre dependência de substâncias sofreram importantes modificações. Em primeiro lugar, a dicotomia entre os diagnóstico de abuso e de dependência de substâncias deixou de existir. Além disso, a história de problemas com a lei em decorrência do uso de substâncias não faz mais parte dos onze critérios diagnósticos. Em seu lugar, entrou a presença de fissura (*craving*). Assim, pela nova classificação, o sujeito pode ter os seguintes diagnósticos: *dependência leve* - presença de dois ou três dos onze critérios por um período de um ano; *dependência moderada* - presença de quatro ou cinco dos onze critérios por um período de um ano; *dependência grave* - presença de mais de seis dos onze critérios por um período de um ano. Os onze critérios são: uso em quantidades maiores ou por mais tempo que o planejado; desejo persistente ou incapacidade de controlar o desejo; gasto importante de tempo em atividades para obter a substância; fissura importante; deixar de desempenhar atividades sociais, ocupacionais ou familiares devido ao uso; continuar o uso apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais; restrição do repertório de vida em função do uso; manutenção do uso apesar de prejuízos físicos; uso em situações de exposição a risco; tolerância; abstinência. Além disso, outra “novidade” foi a inclusão da síndrome de abstinência de maconha e de cafeína entre os transtornos induzidos pelo uso de substâncias (DSM V, 2013).

Várias problematizações precisam ser aqui levantadas. Em nenhum momento ficam absolutamente claros os níveis de passagem entre uso nocivo e dependência. A classificação norte-americana, concebida pela Associação Americana de Psiquiatria, também muito usada pelos médicos no Brasil, é bastante parecida com a da OMS. A maior diferença está na adoção, pelos norte-americanos, do conceito de abuso. Apesar de diversas críticas a este conceito, alguns médicos preferem adotá-lo pela possibilidade do termo unir danos físicos, mentais e sociais. De qualquer forma, se existe algo entre a dependência propriamente dita e um uso não-patológico, este algo é o uso abusivo ou nocivo. Mas a definição da OMS não é o critério usado

pelos médicos na sua prática diária. Os médicos consideram que os conceitos estabelecidos ajudam na conformação geral do problema, mas reservam os limites do diagnóstico à avaliação clínica pessoal, ou seja, cada caso deve ser analisado para que fique definido algum tipo de patologia. Assim, praticamente todo usuário de “drogas” se configura, no mínimo, como um caso que merece avaliação médica (FIORE, 2000).

O meio, ou seja, aquilo que é ambíguo, escapa à classificação exata que a medicina está acostumada a lidar no caso de outras doenças crônicas. A linha traçada entre um indivíduo que não usa substância psicoativa alguma, e aquele que, concretamente não parece mais estabelecer outra relação com sua vida que não seja através de alguma(s) substância(s), é repleta de curvas e lacunas. A prática da clínica, o planejamento de saúde pública e a construção de legislações tentam contorná-las, estabelecendo limites mais ou menos rígidos, alicerçados nos pontos que parecem estar mais claros nesta linha: seus extremos, assumindo, assim, uma série de riscos e contradições (FIORE, 2000).

As disputas de significados que envolvem a conceituação da dependência do álcool revelam e ajudam a pensar a relação entre o esforço classificador de coisas e condutas que caracterizou a medicina historicamente e a subjetivação moral destas definições, relação básica na formação de um dispositivo (FOUCAULT, 1998, p. 29 [1984]). No dispositivo do *alcoolismo*, os discursos médicos reproduzem a intrínseca propriedade de vontade de *verdade*, mas não a impõe nem a retiram do nada (FOUCAULT, 2014, [1970]). Ao contrário do que se possa concluir *a priori*, estes discursos não impõem unilateralmente seus conceitos; negociam os significados envolvidos no *alcoolismo*, utilizando-se de sua legitimidade científica, mas adaptam-se a um conjunto amplo que conforma este dispositivo, inclusive àqueles provenientes de construções do senso comum, da moral e, no limite, do higienismo salvacionista.

Mas assim como o dispositivo da sexualidade, o dispositivo do *alcoolismo* não se funda apenas sob normas repressivas, mas em um conjunto de saberes positivos (e prolixos) que fundam a própria questão contemporânea do problema do álcool. Esses conjuntos de saberes se constituem através de práticas discursivas regidas pelo dispositivo. O dispositivo, noção cunhada por Foucault para caracterizar, historicamente, a ordem e a lógica dos discursos sobre sexualidade, como vimos no capítulo dois, parece operar também com relação ao *alcoolismo*, objeto deste estudo. No caso do uso do *álcool*, dois elementos comporiam sua estrutura discursiva: a medicalização do *alcoolismo* dos pobres e o uso positivo do álcool pelos ricos. Estas duas concepções não permanecem estanques, ao contrário, participam do dispositivo simultaneamente, orientando a produção de saberes e o debate público para legitimar o *alcoolismo do outro*. Para entender a participação dos discursos médicos nesse dispositivo, e

entender como o dispositivo conforma uma lógica discursiva própria, esta pesquisa se debruçou sobre os discursos médicos-institucionais, na tentativa de articulá-los arqueologicamente.

Torna-se saliente, a partir das descrições da incidência, da descrição patológica problemática e da sintomatologia acima elencadas, que a discursividade produzida sobre as implicações do uso de álcool e o “problema” atual para a saúde pública que ele representa, devem ser objetos de discussão. Como “previra” Foucault, a tentativa de enquadramento em uma definição de doença com critérios estritamente objetivos é incipiente e fracassa. Não há um limite claro que separe o consumo moderado do uso nocivo e a indicação clínica de tratamento dependerá da avaliação de uma combinação de fatores. A avaliação clínica é permeada por aspectos subjetivos da interação profissional-paciente⁵⁴ e reflete o embasamento teórico do clínico; todavia, mesmo manuais nosográficos como o DSM-V, que se proclama “a-teórico”, estão fundamentados em determinadas concepções de patologia. Para Caponi (2012) a psiquiatria atual se reconhece herdeira direta da ideia de degeneração que obcecou as mentes dos psiquiatras, alienistas e higienistas da segunda metade do século XIX, sobretudo quando aceita a o DSM IV-TR, que se denomina neokraepeliniano para as classificações diagnósticas, conforme citado anteriormente.

Retomemos Foucault para observar as concepções da patologia e seus enunciadores privilegiados. Já em *A Arqueologia do Saber* (2014 [1969]), Foucault discorre sobre a constituição dos saberes do ponto de vista da edificação dos seus discursos, seus conceitos, suas

⁵⁴ Sobre a relação médico-paciente, a antropóloga francesa, Sylvie Fainzang, escreve sobre a *Mentira da relação médico paciente* e menciona que seus trabalhos trouxeram à tona um certo número de comportamentos da parte dos indivíduos em relação aos seus médicos: “Particularmente, pude observar como um grande número de pacientes mentia aos seus médicos. A mentira toma diferentes formas. Por exemplo: o paciente afirma ter tomado corretamente os medicamentos, mesmo que ele não o tenha feito; ou assegura que não tomou qualquer medicamento, quando, na verdade, se automedicou etc. Portanto, decidi investigar particularmente a prática da mentira e estudá-la como uma prática social como tantas outras, para analisar os resultados e suas significações de um ponto de vista antropológico. Esta prática ainda me interessava pelo fato de que ela correspondia ao que eu considerava como “condutas paradoxais”. De fato, a mentira nos coloca diante de um paradoxo patente, na medida em que poderíamos esperar que o paciente dissesse a verdade a um *expert*, de quem ele espera um ato eficaz. A mentira se apresenta como um paradigma da conduta paradoxal, pois ela consiste em esconder a realidade e, conseqüentemente, em impedir o médico de exercer plenamente seu papel. Decidi, assim, examinar em que condições as pessoas mentem, o que é dissimulado, protegido e com qual finalidade? A quais elementos ela responde? A que sistemas simbólicos ela se remete? No entanto, a mentira não é uma conduta apenas dos pacientes, ela é também praticada pelos médicos. Conseqüentemente, é conveniente analisar as múltiplas formas e razões da mentira, tanto da parte dos pacientes como dos médicos, assim como as relações que eles mantêm com ela, salvaguardando as distinções dos atos que se definem pelo segredo. Isto é, a questão da mentira da parte dos médicos não se reduz à situação do diagnóstico e do prognóstico. Ela pode dizer respeito até mesmo ao tratamento ou aos riscos e benefícios que a ele estão relacionados. Neste sentido, por mais racional que ela possa ser (por razões sociológicas e/ou terapêuticas, a mentira do médico é comumente objeto de uma racionalização, uma vez que é pelo “bem” do paciente que o médico mente), a mentira é paradoxal em relação às escolhas dos atores e, neste caso, também em relação aos objetivos da educação e da informação do paciente. Enfim, a mentira apresenta-se como um produto da relação médico-paciente e escapa à explicação pela razão terapêutica, uma vez que ela é subentendida pelas lógicas culturais e sociais.” (FAINZANG, 2003, p. 37-38)

modalidades de formação e enunciação em suas dinâmicas de transformação. Dessa perspectiva arqueológica, Foucault (2014 [1963]) indicou que as classificações nosológicas e a própria ideia de doença mental surgiram e se modificaram de acordo com mudanças sociais, políticas e de configuração dos mecanismos de poder presentes no projeto de Modernidade, perdurando até os dias atuais. A medicina evoluiu como uma estratégia do biopoder pretendendo o controle sobre a vida por meio da manipulação e adestramento dos corpos, retirando deles cada vez mais força. A concepção de doença mental desenvolvida pelo saber médico é entendida em uma relação de dualidade e oposição à saúde, destacando-se a bipolaridade normal e patológico.

O diagnóstico é uma ferramenta de operacionalização dessa lógica de saber-poder, cuja finalidade é estender os limites da exclusão, descobrindo tecnicamente novas formas de desvios, tal como é possível perceber nas constantes atualizações dos manuais de classificação de doenças (CAPONI, 2002). Cada vez mais vai se patologizando aquilo que escapa aos modos instituídos de viver e criando-se novas categorias diagnósticas, sempre mais flexíveis, mais permeáveis, com poder de capturar as mais tênues diferenças com relação à norma. Um exemplo disso é a ampliação da variedade de sintomas e de classes diagnósticas descritas no CID-10: uma das diferenças marcantes de sua versão anterior, o CID-9, é o aumento de categorias disponíveis para a sua classificação diagnóstica (SEVERO; DIMENSTEIN, 2009).

O DSM-5, lançado em 2013, também ampliou as possibilidades de diagnóstico. A principal crítica, como já se afirmou, é que a classificação tornou-se pouco criteriosa, podendo aumentar o número de pessoas que possam ser diagnosticadas com algum transtorno mental. Referente aos transtornos relacionados a substâncias e sua adição, a atual versão passou a incluir os diagnósticos de Abstinência de Cafeína, por exemplo (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014). Na publicação da 5ª edição do DSM, intelectuais e instituições posicionaram-se. Caponi (2014) e o filósofo canadense Ian Hacking (2013) denunciam essa captura do sujeito sob padrões de *normalidade* e *anormalidade*, nas dimensões mais basilares da sua vida, como a tristeza, o sono, a angústia, a ansiedade, a preocupação, a comida, o trabalho. O sujeito vê-se definido através de patologias psiquiátricas em referência a agrupamentos de sintomas, sem considerar sua narrativa, sua história de vida e as causas sociais e psicológicas específicas que podem ter provocado determinado sofrimento psíquico ou determinado comportamento (CAPONI, 2014; HACKING, 2013).

Em um sentido amplo, volto-me a Foucault, que estuda a história das relações que o pensamento mantém com a verdade e, desta maneira, como a correlação entre pensamento e verdade se estabelece na constituição de subjetividades locais, regionais e históricas. Sob um viés específico, podemos reconhecer que, para Foucault, os enunciados da verdade são

raridades, na medida em que demandam um esforço de pensamento para que se alcance a sua expressão – a sua dizibilidade – a qual, frequentemente, só é perceptível pelo pesquisador a partir de uma análise de amplos momentos históricos (FOUCAULT, 2014 [1969]). Sob tal égide, a partir da concepção de *alcoholismo* atravessada de história, cartografada arqueologicamente, talvez seja possível instrumentalizar o presente estudo com uma analítica sobre os mecanismos de produção de verdades sobre os sujeitos. Destarte, contribuindo para dar melhor relevância ao conceito historicamente constituído, certamente a arqueogenealogia de Foucault nos previne contra tendências psicologizantes que ignoram os mecanismos enunciativos de produção de verdades sobre o homem na História, e pode servir de orientação sobre o relevo prático-discursivo no qual a psicologia e as ciências da saúde emergem constante e movediçamente, já que elas são um saber que dispõe de um acesso privilegiado aos corpos através da *alma*, em constante embate e produção de significações, sentidos e subjetivações.

3.3 Uma breve arqueologia médico-jurídica da produção do dispositivo da internação compulsória no Brasil

Sempre foucaultianamente, volto-me, ainda, aos “monumentos” que descrevem uma espécie de arqueologia médico-jurídica do *alcoholismo* no Brasil. A *Lei nº. 4.294, de 06 de julho de 1921*, foi o diploma legal que primeiro tratou sobre toxicomania no Brasil, tendo sido regulamentada pelo *Decreto 14.969 de 03 de setembro de 1921*. Essa legislação estabeleceu penalidades para os contraventores, na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados; criou um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas e estabeleceu as formas de processo e julgamento (BRASIL, 1921).

Como se sabe, o sistema médico-jurídico francês teve ampla repercussão na produção dos discursos brasileiros. Sobre o primeiro, Foucault (2008 [1978]) destacou o intervencionismo jurídico e o crescimento da demanda judiciária em um estado neoliberal, no qual se faz cada vez mais necessário a presença de instâncias de arbitragem. Sobre essa sobreposição e alinhamento de saberes, o autor pontuou sobre a internação *ex officio*, ou seja, a internação de um doente mental em um hospital psiquiátrico a pedido, ou antes, por ordem da administração. Essa internação era regulada pela legislação francesa de 1838, que especificava sobre como a internação deve ser feita: em um estabelecimento especializado, destinado a receber e a curar os doentes (FOUCAULT, 2013 [1974-1975]).

O caráter médico da internação data, conforme o autor, de 1838, pois é na lei de 1838 que a psiquiatria recebe consagração ao mesmo tempo como disciplina médica e como

disciplina especializada no interior da prática médica. Essa decisão prefetorial acerca da necessidade da internação era acompanhada de atestados médicos que precediam e subsidiavam a decisão – semelhante, mais uma vez, ao que acontece nos dias atuais, nos quais os mandados de internação compulsória somente são determinados por autoridade judicial mediante laudo médico e da equipe interdisciplinar. O critério e a motivação da internação *ex officio* se dará mediante o estado de alienação mental de um indivíduo, quando essa alienação seja capaz de comprometer a ordem e a segurança públicas.

Nesse contexto, três questões são colocadas perante o perito: a questão do distúrbio, a questão da desordem e a questão do perigo. Não se tratará, portanto, de investigar a incapacidade no nível da consciência, mas dos focos de perigo no nível do comportamento: “[...] a análise, a investigação e controle psiquiátrico vão tender a se deslocar do que pensa o doente para o que ele faz.” (FOUCAULT, 2013, p. 121 [1974-1975]). Noto aqui que o vínculo loucura-perigo é a própria administração que estabelece. Assim, torna-se “fácil” identificar os internados *ex officio* como perigosos. Essa síntese perigo-loucura não fica restrita a casos isolados, mas para todos aqueles enviados para internação. Para o autor, o que aparece aqui, com toda a clareza, é que o objeto privilegiado da psiquiatria, o instinto. Todavia, uma o instinto na medida em que é portador da forma mais pura e absoluta de perigo, que é a morte – a morte de si ou a morte de outrem requer dupla intervenção, da administração e da psiquiatria.

Foi com a lei de 1838 que a relação da família com as autoridades psiquiátricas e judiciárias mudou de natureza e de regras, uma vez que através dessa legislação o círculo imediato do doente pode requerer o que é chamado de internação involuntária, através de um atestado médico. Nessa legislação, a internação involuntária não é necessariamente o que o sujeito deseja, mas o que a família (novamente, destaque seu papel) quer para ele. A família considera-se ligada ao saber e ao poder médico. Porém, o que a família requer ao médico não é o atestado da incapacidade jurídica do doente, mas que ele caracterize seu perigo iminente. Para Foucault (2013 [1974-1975]), é esse exatamente o ponto que o saber, o diagnóstico, o prognóstico psiquiátricos vão se prender. O perigo passa a ser constituído pelo *louco* no interior da família:

A psiquiatria terá de tornar psiquiátrica toda uma série de condutas, de perturbações, de desordens, de ameaças, de perigos, que são da ordem do comportamento, não mais da ordem do delírio, da demência ou da alienação mental. [...] O psiquiatra se torna então agente dos perigos intrafamiliares no que eles podem ter de mais cotidiano. [...] A psiquiatria se inscreve pois como técnica de correção, mas também de restituição, do que poderíamos chamar de justiça imanente das famílias. (FOUCAULT, 2013, p. 125 [1974-1975])

Esse campo disciplinar definido pela família, pela escola, pela vizinhança, pela casa de correção, passa a ser objeto da intervenção médica. A psiquiatria, para Foucault (2013 [1974-1975]), reitera essas instâncias, ou seja, atravessa e patologiza o que poderíamos chamar de *restos* de instâncias disciplinares. Quando invocadas, as relações familiares servem, geralmente, para provar que as famílias são boas e o quanto o doente é louco. Essas relações intrafamiliares em vez de remeter à loucura pelo caráter positivo que elas têm, constituem agora elementos patológicos por causa das suas lacunas.

Essa psiquiatria acaba por introduzir em seu campo de saber algo que até então lhe era estranho, a norma. Essa introdução é possível pela exploração do campo sintomatológico, que define critérios de inspeção dos corpos, de classificação – no limite, de produção de nosologia. Foucault (2013 [1975]) apresenta aqui dois usos da norma: como regra de conduta e como regularidade funcional. “A norma que se opõe à irregularidade e à desordem, e a norma que se opõe ao patológico e ao mórbido.” (FOUCAULT, 2013, p. 139 [1975]). A psiquiatria torna-se, nesse momento, implicada não somente em casos extremos ou excepcionais, mas o tempo todo, na cotidianidade médico-judiciária e na vida moral da população.

Voltemos ao Brasil e à produção do dispositivo de internação. Os discursos franceses do então nascente discurso médico-jurídico aqui são deslocados e reescritos, mas guardam a urgência biopolítica. Assim é que, ainda nos enunciados da lei de 1921, o artigo 6º criaria, no Distrito Federal, um estabelecimento especial, com tratamento médico e regime de trabalho, sendo composto por duas seções: uma de internandos judiciários e outra de internandos voluntários. Já havia, pois, a sinalização da ocorrência de internações compulsórias e enunciados jurídicos para estabelecê-la no campo do possível (BRASIL, 1921). Mais tarde, o *Decreto 24.559, de 03 de julho de 1934*, através da norma do artigo 3º, § 5º, estabeleceu: “§ 5º Podem ser admitidos nos estabelecimentos psiquiátricos os toxicômanos e os intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente, por bebidas inebriantes, particularmente as alcoólicas”. A norma do artigo 11 previu a internação por ordem judicial, através de requisição da autoridade policial ou por interesse do próprio paciente (BRASIL, 1934), o que redundaria na produção de um discurso em que a objetificação do *alcooolista* como uma espécie de sujeito redundaria em sua reclusão.

O problema do *alcooolista* e de sua reclusão podem ser lidos sob a égide foucaultiana. Destarte, se a psiquiatria do século XIX, que pauta os discursos brasileiros (COSTA, 1979), pretende funcionar como proteção da sociedade contra os perigos definitivos de que ela pode ser vítima, o *alcooolismo* e o sujeito *alcooolista* ganham atenção. No século XIX, portanto, a

“plenitude e essa medicalização do anormal” permitem à psiquiatria se efetivar pela função de proteção e de ordem:

Ela pôde efetivamente (e é o que fez no fim do século XIX) pretender tomar o lugar da própria justiça; não apenas da higiene, mas na verdade da maioria das manipulações e controles da sociedade, por ser a instância geral de defesa da sociedade contra os perigos que a minam do interior. (FOUCAULT, 2013, p. 277 [1974-1975])

O dispositivo de saber-poder médico psiquiátrico brasileiro sofrerá, ainda, um deslocamento da ordem da população com o *Decreto-Lei 841, de 1938*, que acabou por aprovar a *Lei de Fiscalização de Drogas na República dos Estados Unidos do Brasil*. Tal decreto, especificamente no Capítulo III, pontificou questões atinentes à internação e à interdição civil. Estabeleceu, na norma do artigo 27, que a toxicomania ou a intoxicação habitual por substâncias entorpecentes é considerada doença de notificação compulsória, em caráter reservado à autoridade sanitária local, vedando o tratamento de toxicômanos em domicílio (BRASIL, 1938). Eis que, finalmente, o sujeito *alcoologista* se torna um problema de Estado, um perigo para a população. Dispositivo do biopoder, o enunciado jurídico coexiste com os discursos da higienização (SEVCENKO, 2010) que esquadrinham e categorizam os sujeitos de acordo com sua periculosidade para o “corpo” – subjetivo ou social.

De acordo com o Decreto em questão, os toxicômanos ou os intoxicados habituais por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa, por tempo determinado ou não. Encontra-se, neste momento, o aparecimento, de forma expressa, da possibilidade de internação compulsória de toxicômanos. O § 2º do artigo 29 estabelecia que a internação compulsória dar-se-ia somente em caso de condenação por embriaguez habitual ou no caso de impronúncia ou absolvição, em virtude do artigo 27, § 4º, da Consolidação das Leis Penais, fundada em doença ou estado mental resultante do abuso de qualquer das substâncias enumeradas nos artigos 1º e 29 do Decreto em questão (BRASIL, 1938).

É importante esclarecer que o *Decreto n.º. 24.559/34* e o *Decreto n.º. 891/38* permanecem em vigor na contemporaneidade. Seus discursos, nessa esteira, permanecem no regime de verdade da produção do *alcoologista* mesmo após a promulgação da *Lei n.º. 10.216, de 06 de abril de 2001*, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, conhecida como a *Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira* (BRASIL, 2001).

Nessa lei, em especial na norma do artigo 6º, menciona todas as formas de internações que podem se dar:

[...] Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. (BRASIL, 2001)

A norma do art. 8º estabelece que a internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico, devidamente registrado no *Conselho Regional de Medicina do Estado*, onde se localize o estabelecimento. Já a internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual, pelo responsável técnico do estabelecimento no qual ela tenha ocorrido. Esse mesmo procedimento deve ser adotado, quando da respectiva alta. O § 2º da referida norma anui que o término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou por decisão do especialista responsável pelo tratamento (BRASIL, 2001).

Com relação à internação compulsória, dispõe o artigo 9º da *Lei 10.216/01*: “Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários” (BRASIL, 2001).

É importante salientar que, ao âmbito penal, a *Lei 6368/76* dispôs sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e ao uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. Estabelece, no artigo décimo, que o tratamento sob regime de internação hospitalar será obrigatório, quando o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem (BRASIL, 1976).

Atualmente, está em vigor a *Lei nº. 11.343, de 23 de agosto de 2006*, que instituiu o *Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)*, bem como prescreveu medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. Essa lei já no inciso I da norma do artigo 4, preconiza que o SISNAD terá como princípios vetores, dentre outros, o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade. Também merece destaque o preceituado na norma do art. 21 da mesma Lei, que tem o intuito de reinserir a sociedade o dependente de drogas e seus respectivos familiares, com o objetivo de, em última análise, reintegrá-los à rede social de convívio (BRASIL, 2006).

Finalizemos esta seção abordando os critérios norteadores das indicações das internações compulsórias. Taborda (1996) ressalta que a decisão médica, no sentido de indicar a internação, quando esgotados todos os meios de tratamento extra-hospitalares, ocorre nos

seguintes casos: presença de transtorno mental (exceto transtorno de personalidade antissocial), além de, no mínimo, uma das seguintes condições: 1. Risco de autoagressão; 2. Risco de heteroagressão; 3. Risco de agressão à ordem pública; 4. Risco de exposição social; 5. Incapacidade grave de autocuidados.

Observe-se que, conceitualmente, a estratégia discursiva é aquela descrita em Spink (2000): conter os riscos (que estão presentes, afinal, entre quatro das condições) é garantir, a um só tempo, o poder sobre o corpo do sujeito e o poder sobre o corpo social. Biopolítica, a rede conceitual de produção do risco ainda opera segundo as regras do que, em *Vigiar e Punir*, mostrava ser um deslocamento fundante: a loucura como medida da razão. Assim é que, no artigo 64 do *Código Francês de 1810*, a loucura como “atenuante” desloca a própria razão de ser do sistema médico-jurídico: “[...] qualquer crime agora e, em última análise, qualquer infração, incluem como uma suspeita legítima, mas também como um direito que podem reivindicar, a hipótese da loucura ou em toda caso da anomalia.” (FOUCAULT, 2013, p. 24 [1975])

A *incapacidade* descrita em Taborda (1996), então, pode ser lida conforme um mecanismo sustentando a partir da *desrazão primeira* que opera na construção da anomalia, da delinquência e do sujeito *alcoolista* tornado *risco* ou marcado por suas incapacidades sociais (para o trabalho, para a produção). Nos critérios indicativos da internação compulsória, a medicina e as demais disciplinas assumem sua função sempre urgente de produzir sujeitos através de técnicas específicas de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício (FOUCAULT, 2013 [1975]). Aqui, o fino limite do poder aberto, fluido e franco dos técnicos capazes de indicar o tratamento mais adequado são o ponto de resistência sempre-protelado e ao mesmo tempo a fonte de propagação do poder. A fim de realizar a avaliação sempre problemática dos *riscos*, são esses diagramas do saber-poder que criam um mecanismo para enquadrar comportamentos e constituir os limites entre o aceitável e inaceitável, normal e anormal, saudável e doente, produtivo e incapaz. Um aparelho de micropenalidades sustenta-se em nome do trabalho terapêutico.

Quando se trata do discurso médico-jurídico, *locus* de produção e deslocamento do *alcoolismo* e de seus avatares, o que a genealogia oferece é mesmo um ponto de vista que permite deslindar práticas de vários níveis. É justamente este ponto de articulação entre estas tecnologias de poder que Foucault atribuiu a norma. A norma é o que possibilita um corpo a ser disciplinado e a população a ser regulamentada. É a partir dessa articulação que é possível pensar uma definição mais exata de sociedade de normalização:

A sociedade de normalização é uma sociedade em que se cruzam, conforme uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação. Dizer que o poder, no século XIX, tomou posse da vida, dizer pelo menos que o poder, no século XIX, incumbiu-se da vida. (FOUCAULT, 2005, p. 302 [1975-1976])

Apresenta-se aqui um dos paradoxos do poder-saber. Como um discurso, cujo objetivo é potencializar a vida, pode permitir o seu avesso, o ponto onde o poder não poder ser exercido, a exclusão, o silenciamento, a reclusão do sujeito. O *alcoologista*, alvo da internação coercitiva, vai sendo produzido enquanto sujeito potencialmente perigoso, para si e para os outros. Logo, em nome da sua própria vida legitima-se o internamento.

No caso do *alcoolismo*, de seus conceitos, objetos e dos sujeitos que produz, encontraremos sempre no interior de normas e disciplinas, que esquadriam os sujeitos e os corpos, legitimando um discurso da verdade supostamente científica e socio-funcionalmente defensável. Todavia, também estaremos - e estamos - num discurso cujo delicado equilíbrio só se sustenta politicamente e que carece de legitimidade "epistêmica" para exercer seu poder. Como apontava Foucault em *Vigiar e Punir* acerca do insucesso das prisões, é justamente do insucesso na normalização e na cura dos supostos *alcoolistas* que residiria o êxito do dispositivo: criar corpos dóceis.

Não se dá ao acaso o fechamento desse capítulo pelo olhar acerca do processo de internação compulsória. Esse dispositivo, que data de mais de um século e mantém-se ainda tão atual, tão presente na discursividade contemporânea, apresentando-se, muitas vezes como um (des)caminho possível ao tratamento do sujeito *alcoologista* – tratamento incorporado nas linhas de subjetivação e na discursividade dos profissionais da saúde mental. A internação compulsória pode ser aqui, ainda, pensada como função ideal dos modos de governo. Uma das formas mais pujantes do governo sobre os corpos e as subjetividades dos ditos *alcoolistas*. Todavia, o grande estranhamento é: para que a internação compulsória efetue-se como dispositivo articulador de estratégias de saber e poder ela necessita de sujeitos responsáveis por esse saber-poder (os técnicos psicológicos ou psiquiátricos). O fundamental é que, a partir da arqueogenealogia ora estudada, os discursos são sobre conceitos, objetos e estratégias de dizer, que necessitam de certas modalidades de sujeito, que se adequam, que estão e produzem-se *no verdadeiro*, que permitem que se diga de acordo com seu status na rede do dizível. Há, portanto, nesses discursos, a produção de um sujeito legítimo do dizer, o profissional de saúde mental.

O grande problema apresentado: “Se eu não internar (a força, compulsoriamente, com uso da força pública, da contenção mecânica ou farmacológica), ele morre?” Aqui, a biopolítica apresenta-se em sua forma máxima, o biopoder e sua discursividade plena. Tira-se o sujeito do álcool, torna-o dócil e produtivo. Não se acaba com seu direito de *vida*: faz-se dele útil,

estatisticamente importante. Tira-o da anormalidade e ainda garante que exista a anormalidade, pois produz e sustenta o limite da marca que cinge a razão e a loucura, o normal e o patológico, o sujeito e seu outro. É essa polivalência tática dos discursos no dispositivo do alcoolismo que pretendo analisar no próximo capítulo.

4 POR UMA ONTOLOGIA CRÍTICA E HISTÓRICA DE NÓS MESMOS: OS DOCUMENTOS COMPULSÓRIOS

No quarto e último capítulo desta dissertação de mestrado percorro o seguinte itinerário: inicialmente, apresento aspectos metodológicos sobre a coleta dos dados; depois, a partir das leituras de Michel Foucault, Giorgio Agamben e Judith Butler, marco a obscuridade dos enunciados pretensamente científicos e verdadeiros produtores do sujeito *alcoologista*, alvo da internação compulsória. Pretendo fazer notar o ubuesco do poder e seus enunciados privilegiados que confirmam a implacabilidade dos dispositivos e a função sempre urgente dos enquadramentos normativos, principalmente sobre as vidas precárias ou a vida nua do *homo sacer*. A análise das categorias encontradas nos laudos dos técnicos em saúde mental, sobretudo a etária, gênero, emprego e seguridade social, reiteram a necessidade da reflexibilidade sobre a compulsoriedade da norma nas práticas em saúde mental no contemporâneo.

Reitero o *corpus* dessa dissertação. Sigo, então, o detalhamento, tanto quanto possível, da metodologia organizada para empreender as análises dos monumentos. Tratam-se de documentos, todos produzidos no período de 2010 a 2016, que originam da mesma fonte: arquivos do Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas, do município de Erechim, com ordem judicial para internação compulsória em função do alcoolismo. Esses documentos foram emitidos pelos seguintes profissionais: dois médicos psiquiatras, um médico clínico geral, uma enfermeira, duas psicólogas, uma terapeuta ocupacional e quatro assistentes sociais. Aqui, nota-se um circular de profissionais pelo dispositivo de saúde. Destes profissionais, ainda fazem parte: um médico clínico geral, duas psicólogas, uma terapeuta ocupacional e uma assistente social⁵⁵.

No CAPSad ora investigado há a escolha pela lógica de trabalho: todos os profissionais (psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeira e assistente social) trabalham como terapeutas de referência dos sujeitos, não existindo barreira técnica *a priori*, exceto se a demanda for explícita e óbvia de uma determinada disciplina. Neste último caso, o acompanhamento será específico; ao contrário, a seleção do profissional de referência de determinado sujeito será de acordo com a agenda, sem critérios de triagem *a priori*. Tais mecanismos corroboram minha escolha pela regularidade dos enunciados como recorte metodológico: não me centrarei no tratamento individualizante e autoral dos profissionais, mas nas regularidades presentes no discurso de indicação das internações compulsórias.

⁵⁵ Não trabalham mais na instituição: uma médica psiquiatra e uma enfermeira. Sobre a assistente social, nota-se que em função da natureza do vínculo de trabalho passaram pelo serviço quatro profissionais durante o período investigado. Igualmente, passaram pelo serviço três médicos psiquiatras durante a investigação.

A coleta de dados ocorreu de 01 a 30 de novembro de 2016, mediante mapeamento prévio das internações de acordo com listas fornecidas pela Secretaria de Saúde da Prefeitura de Erechim. Esse mapeamento gerou 256 registros de sujeitos internados em hospital, por alcoolismo, de 2010 a 2016. Abri, um a um, cada prontuário para saber qual internação havia sido mediante determinação judicial. Desses, 76 foram internados com ordem judicial, configurando o objeto dessa pesquisa. Diante desses números, iniciei a análise dos documentos-monumentos, tomando imediatamente para análise as variáveis de gênero e a regularidade do número de internações.

Tomei para análise os enunciados dos profissionais na indicação da internação e construí cinco eixos de análise que possibilitaram examinar o objeto investigado, como ponto de apoio de uma rede de redes discursivas: 1) enunciados produtores de um diagnóstico; 2) enunciados produzidos em referência ao modelo de corpo saudável e abstinência; 3) enunciados de matriz psicológica que sustentam a expansão da normalização da vida; 4) enunciados com referência ao modelo familiar e seus perigos da ordem do dispositivo da segurança e da gestão dos riscos e 5) enunciados referentes à idade, ao emprego e à seguridade social ancorados em uma racionalidade neoliberal.

4.1 Relatar a si mesmo

Na esteira dos últimos passos desse empreendimento de pesquisa, reitero aqui minha geografia e meu tempo: psicóloga, em exercício profissional no CAPSad do município de Erechim, no período de 2010 a 2016. Relatar a mim mesma, ver minha escrita nos arquivos investigados, testemunhar o *ubuesco* da capilaridade do poder na cotidianidade da minha vida profissional colocou em suspensão, embargo, descontinuação minha relação com a psicologia e a própria reforma psiquiátrica – materializada aqui na instituição do CAPSad –, no momento que as vejo reivindicarem pra si o saber e o poder sobre o *alcoologista*, em relações tão estreitas com o dispositivo científico-jurídico, culminando nesse deslocamento do campo do discurso político da atenção psicossocial para a implacabilidade da linguagem supostamente neutra da ciência médica, psiquiátrica e psicológica, que sustentam e concorrem para a expansão da normalização da vida através de tecnologias de biopoder e biopolítica.

São múltiplas as relações ou linhas de força que capturam o profissional de saúde mental em perspectivas tão paradoxais, controversas, ridículas, disparatadas capazes de abrigar, isocronicamente, discursos de desinstitucionalização e de manutenção do dispositivo da internação compulsória, sempre sob o pano de fundo da obscuridade desses discursos

pretensamente científicos e manifestamente disciplinares e normativos. Vejo-me, aqui, capturada por essas lacunas, paradoxos e disparates – ou em terminologia agambeniana, nessas fraturas.

Vou a Foucault para ampliar as ressalvas e demarcar a dimensão ética desta dissertação de mestrado. A busca por uma problematização ancorada em elementos palpáveis a partir de um campo empírico localizado, colocando nesse nível as questões cruciais, para num segundo momento elaborar generalizações e conceitos mais amplos, segue o caminho percorrido por Foucault em seus estudos sobre a loucura e a prisão, por exemplo. Para o autor as articulações teóricas são elaboradas a partir de um certo campo empírico, o que chamava de problematização (FOUCAULT, 2004, [1984]). Cinco marcos referenciais, à luz dessa empreitada arqueogenealógica, balizam a ‘metodologia’ de análise dos dados desta pesquisa.

Em defesa da sociedade (2005 [1976]), Foucault discorre sobre quatro “precauções de método”: apreender o poder “nas suas formas e instituições mais regionais e locais”; analisá-lo em “suas práticas efetivas e reais”; observar seu funcionamento reticular e não homogêneo; e realizar uma análise ascendente e indutiva, não dedutiva do poder (p. 32-36). Estas precauções, qualificadas como sendo de prudência, são retomadas no primeiro volume da *História da Sexualidade* (2015, p. 92 [1988]), com algumas modificações, sendo a principal a ênfase sobre a primazia das resistências como o “interlocutor irreduzível” das relações de poder.

Em *Segurança, território e população* (2008, p. 3-5 [1977-1978]), o francês discorre sobre cinco proposições, não princípios ou regras, sobre a análise dos mecanismos de biopoder: 1) não se busca uma teoria geral, mas simplesmente saber por onde, como, por quem, quais procedimentos e com que efeitos; 2) as relações de poder não são fundadas em si mesmas, mas imanentes ao conjunto das relações sociais; 3) sua análise pode se abrir para uma análise global da sociedade; 4) não há discurso teórico ou imperativo, mas indicadores táticos; e, 5) finalmente, se há uma relação desgastada entre luta e verdade, resta um imperativo: nunca fazer política.

Em *Nascimento da biopolítica* (2008 [1979]), apresenta a “opção de método” de sua pesquisa naquele momento: em vez de partir dos universais (soberanos, Estado, sociedade civil) para deles deduzir fenômenos concretos, partir das práticas concretas e, num segundo momento, “passar os universais pela grade dessas práticas”. Já em *O governo de si e dos outros* (2010 [1982]), retoma o projeto geral de sua pesquisa em torno de “matrizes de experiências”, tendo como direção de trabalho os três eixos que as compõem: formação dos saberes; matrizes normativas de comportamento; instituição do modo de ser do sujeito (p. 41). Esses eixos são

retomados no segundo volume da *História da Sexualidade* (1998, p. 10 [1984]) na discussão voltada para a problematização do “sujeito de desejo”.

Nessas formulações, há um movimento de reordenar a trajetória de suas pesquisas em uma dimensão tripartite, nos eixos de saber, poder e subjetivação. Finalmente, fora dessa série dos cursos, há um verbete de enciclopédia, redigido por ele próprio, sob o pseudônimo de Maurice Florence, no qual reafirma seu campo de pesquisa fundado na “história da emergência dos jogos de verdade” e apresenta seu derradeiro estudo sobre o sujeito, ou seja, as condições pelas quais “o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade”, apresentando suas três “escolhas de método.” (FOUCAULT, 2004 [1984], p. 235-237). A primeira delas é contornar os universais antropológicos para interrogá-los em sua constituição histórica; a segunda, inverter o procedimento de remontar ao sujeito constituinte realizando estudo das práticas concretas pelas quais um sujeito é constituído na imanência de um campo de conhecimento, o que permitiria dar visibilidade aos processos de uma experiência em que o sujeito e o objeto se constituem conjuntamente um em relação ao outro; enfim, dirigir-se à análise das práticas, abordando o campo pelo viés do que “se fazia” (p. 238). São as práticas, conjunto de maneiras de fazer mais ou menos regradas, pensadas e acabadas, concebidas ao mesmo tempo como modo de agir e de pensar, que permitem entender a constituição do sujeito e do objeto.

Olhemos quatro aspectos colocados por essas cinco discussões metodológicas. O primeiro deles é a resistência do autor em oferecer princípios metodológicos fixos. Ele prefere falar em precauções, proposições, e quando fala em “escolhas de método” o acento está sobre a escolha, que não se trata de propor diretrizes. Por isso, o uso cuidadoso das palavras. Tal cuidado é consoante com sua convicção de que a pesquisa é uma experiência que acontece na conjuntura singular de um projeto, e nesse percurso decisões são tomadas. Mesmo havendo escolhas de método similares na trajetória de um pesquisador ou de um grupo de pesquisadores, essas escolhas devem ser submetidas à pertinência da construção de seu objeto dentro do processo da pesquisa (FERREIRA NETO, 2015).

O segundo aspecto seria afirmar, com Foucault, que seu trabalho tem como ponto de partida certo campo de práticas, local e historicamente delimitado, a partir do qual suas grandes articulações teóricas são elaboradas. Portanto, os grandes conceitos foucaultianos tais como sociedade disciplinar, biopolítica não são pontos de partida para suas análises, mas pontos de chegada que emergem de detalhados estudos de práticas locais. Como observou Nealon (2008, p.97):

[...] não há mais do que uma dúzia de páginas nos livros de Foucault em que ele manifesta e esquematicamente discute o status teórico do poder. [...] Quase todo o levantamento importante (teórico e prático) nos livros de Foucault é produzido na efetivação de suas análises, em vez da argumentação indutiva ou dedutiva de princípios.

Foucault vai construindo certo arcabouço teórico conceitual amplo, mantendo a advertência que o mesmo não deveria ser entendido como sistema circunscrito, mas antes como *caixa de ferramentas*⁵⁶ a serem utilizadas em outros estudos e pesquisas. Por isso dizia não se apoiar em “um background teórico contínuo e sistemático” (FOUCAULT, 2010 [1980], p. 294). Tratava-se de experimentar as ideias para modificá-las e a partir das questões trazidas do estudo de certa realidade local. E a relação entre as ideias já formuladas e as práticas não era de aplicação, mas de experimentação em outros campos, afinal, “[...] é preciso a cada passo confrontar o que se pensa” (FOUCAULT, 2004 [1983], p. 219).

O terceiro aspecto central na trajetória foucaultiana é sua postura incisivamente nominalista, corporificada em sua permanente crítica aos universais. Foucault, em seu fazer como pesquisador, busca fazer surgir no que é considerado universal, uma singularidade contingencialmente produzida (FERREIRA NETO, 2015). Contingências e singularidades tomam o lugar do que vinha sendo considerado como “natural” e universal, no caminho de pensamento por ele percorrido: “suponhamos que os universais não existem”, visando submeter sua análise ao crivo das práticas concretas localizadas (FOUCAULT, 2004 [1983]).

Finalmente, merece destaque o conceito de “experiência”. O uso dessa noção sofreu variações na trajetória de Foucault. Na década de 1960, ele buscava delimitar as condições e os limites de experiências históricas, ainda com uma conotação voltada para seu significado cotidiano. Na década seguinte, o tema quase desaparece de sua pauta retornando nos anos 1980 (LEMKE, 2013). Colocada ao lado de sua exposição em *O governo de si e dos outros* (2010 [1982-1983]), reafirma que a experiência, no contexto da pesquisa, é um processo que atravessa e transforma, conjuntamente, sujeito (pesquisador) e objeto (problema de pesquisa), “[...] um campo de experiências em que sujeito e objeto são ambos constituídos apenas em certas condições simultâneas, mas que não param de se modificar” (FOUCAULT, 2004 [1984], p. 238). Assim, o acontecer da pesquisa não somente modifica o que pensa o pesquisador, como também, ao analisar o caráter e as correlações de seu objeto, em seus eixos de saberes, poderes e subjetivações, configura-o como entidade contingencialmente produzida e passível de ser

⁵⁶ Caixa de ferramentas é termo utilizado conforme Deleuze, no capítulo *Os intelectuais e o poder*, em *Microfísica do poder*.

transformada. A pesquisa torna-se um potencial instrumento de mudança de certo estado de coisas e instaurador de novas realidades.

Um dos melhores exemplos desse tipo de experiência encontra-se em *História da loucura – na Idade Clássica* descrito em uma entrevista como ligado às portas e fechaduras dos asilos, e que ele desejava que suas palavras, ligadas a essa materialidade, “atravessassem muros, fizessem saltar fechaduras, abrissem janelas” (FOUCAULT, 2014 [1972], p. 76).

Sobre os atravessamentos da pesquisa no contemporâneo, na Conferência Final do V Congresso Ibero-Americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde, em Lisboa, a pesquisadora brasileira Madel Luz (2012) apresentou um panorama histórico e contemporâneo das tendências em pesquisa qualitativa. Segundo a pesquisadora, a força metodológica qualitativa atual residiria em sua capacidade de produzir resultados, de intervir no real, enfim, na capacidade de agir e não mais em compreender ou interpretar. Doravante, as ciências humanas e sociais também seriam regidas pela eficácia, por sua capacidade de produzir novas tecnologias e modos de intervenção.

A dimensão ética dessa pesquisa se deu, também à Butler. Com Butler, em *Relatar a si mesmo*, quando afirma que não existe um ‘eu’ que possa se separar totalmente das condições sociais de surgimento e não esteja implicado em um conjunto de normas morais condicionadoras, que por serem normas, têm um caráter social que excede um significado pessoal ou idiossincrático. O ‘eu’ não se separa da matriz prevaiente das normas éticas e dos referenciais morais conflituosos. Quando o ‘eu’ busca fazer um relato de si mesmo, pode começar consigo, mas descobrirá que esse ‘si mesmo’ já está implicado em uma temporalidade social que excede suas próprias capacidades narrativas. A razão disso é que o ‘eu’ não tem história própria que não seja também a história de uma relação – ou conjunto de relações – para um conjunto de normas. Essa despossessão, no empreendimento butleriano, não significa que tenhamos perdido o fundamento subjetivo da ética. Ao contrário, ela pode bem ser a condição para a investigação moral, a condição para o surgimento da própria moral. Se o ‘eu’ não está de acordo com as normas morais, isso quer dizer apenas que o sujeito deve deliberar sobre essas normas, e que parte da deliberação vai ocasionar numa compreensão crítica de sua gênese social e de seu significado. “O ‘eu’ volta-se contra si mesmo, desencadeando contra si mesmo uma agressão moralmente condenatória e, com isso, inaugura-se a reflexividade.” (BUTLER, 2015, p. 19-20).

O ‘si mesmo’, na análise butleriana, é força causativa e configura um modo específico de reponsabilidade. Quando perguntamos se somos os causadores do sofrimento, uma autoridade estabelecida nos pede não só para admitir a existência de uma ligação causal entre

nossas ações e o sofrimento resultante, mas também para assumir a responsabilidade por essas ações e seus efeitos. Encontramo-nos na posição de termos de dar um relato de nós mesmos. A política crítica relaciona-se com a ética e, com efeito, com a moral que por vezes “exige que o sujeito faça um relato de si mesmo em primeira pessoa.” (BUTLER, 2015, p. 34).

A filósofa norte-americana resgata o sujeito foucaultiano, para quem sempre haverá um modo de engendramento de si que acontece na normatividade e elabora, especificamente, uma resposta para a pergunta sobre quem será o ‘eu’ em relação às normas. Nesse cenário, nossas decisões não são determinadas pelas normas, embora as normas apresentem o quadro e o ponto de referência para as decisões. Uma operação crítica não acontece sem essa dimensão reflexiva: “pôr em questão um regime de verdade, quando é o regime que governa a subjetivação é pôr em questão a verdade de mim mesma e, com efeito minha capacidade de dizer a verdade sobre mim mesma, de fazer um relato de mim mesma.” (BUTLER, 2015, p. 35). O questionamento de si torna-se consequência ética da crítica. Também esse tipo de questionamento de si envolve colocar-se em risco, colocar em perigo a própria possibilidade de reconhecimento por parte dos outros.

Bultler (2015) levanta esse problema a partir do texto *O que é a crítica*, de Foucault, e faz notar que na perspectiva foucaultiana o regime de verdade determina o que constituirá e não constituirá a verdade de seu ‘si mesmo’, a verdade que se oferece sobre si mesmo, o relato que poderia dar de si mesmo. A capacidade do sujeito de reconhecer-se e tornar-se reconhecido é gerada por um discurso normativo cuja temporalidade não é a mesma da perspectiva da primeira pessoa. Se a identidade que dizemos ser não nos captura e marca imediatamente um excesso e uma opacidade que estão fora das categorias de identidade, qualquer esforço de ‘fazer um relato de si mesmo’ terá de fracassar para que se chegue perto de ser verdade.

Parece existir um preço por se dizer a verdade sobre si mesmo, precisamente porque o que constitui a verdade será enquadrado por normas e modos específicos de racionalidade que surgem historicamente e são, em certo sentido, contingentes. O preço por se dizer a verdade sobre si mesmo é a suspensão de uma relação crítica com o regime de verdade em que se vive. Quando agimos e falamos, não só nos revelamos, mas também agimos sobre os esquemas de inteligibilidade que determinam quem será o ser que fala, sujeitando-os à ruptura ou à revisão, contestando suas normas ou consolidando sua hegemonia (BUTLER, 2015).

Foucault, em *História da sexualidade III* (e em outros escritos e aulas de sua fase ética) repisa o problema do si mesmo, pensando nessa crise do sujeito, ou da subjetivação, essa dificuldade da maneira pela qual o indivíduo se constitui enquanto sujeito moral de suas condutas, e nos esforços para encontrar a aplicação de si, essa possibilidade de permitir-se

sujeitar as regras e finalizar sua existência. Essa relação consigo, na Antiguidade, “[...] constitui o termo da conversão e o objetivo final de todas as práticas de si, diz respeito ainda a uma ética do domínio.” (FOUCAULT, 2017 [1984], p. 84).

No caso deste trabalho, interessa: pensar as tecnologias de poder-saber que aquiescem para a manutenção dos discursos normativos e dos regimes de verdade, materializados na internação compulsória de um dispositivo estratégico, problema político-jurídico-científico; e, ainda, interrogar os enunciados privilegiados dos técnicos em saúde mental, tomados como verdadeiros, que concorrem para a prática da justiça e manifestam da forma mais patente a incontornabilidade e inevitabilidade do poder, e em última instância, servem não só para lograr e validar a norma, mas para manter a necessidade da correção da anormalidade.

Problemática genuinamente levantada sob pano de fundo da *minha posição* como sujeito nesse dispositivo: do meu lugar que possibilitou a condição de emergência do próprio desenvolvimento da presente pesquisa, que se volta também sobre mim mesma, na forma de uma ética. Tendo em vista tal implicação e suas consequências, passo a análise desses documentos-monumentos.

4.2 Vidas precárias

Em *A vida dos homens infames* e o livro *Eu, Pièrre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão...* a intenção de produzir uma antologia de existência das vidas breves capturadas por dispositivos médico-jurídicos, encontradas por acaso em livros e documentos (FOUCAULT, 2003 [1977]). Minhas análises retomam o esforço de dar voz às vidas infames: dos sujeitos alcoolistas com que me deparei, seja nos documentos, seja na prática terapêutica. Antes, porém, faço algumas considerações sobre o itinerário percorrido.

A política de saúde mental no Brasil sofreu importantes modificações a partir de sua adesão à Declaração de Caracas, cujo objetivo principal é o direcionamento das legislações em saúde mental para a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos. Isto ocorreria por meio da constituição de unidades ambulatoriais substitutivas à internação psiquiátrica, como os Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e as residências terapêuticas. A hospitalização seria indicada como último recurso terapêutico e realizada preferencialmente dentro de hospitais gerais (DELGADO et al., 2001).

Apesar de ter sido iniciada no Rio Grande do Sul (RS), com a *Lei 9.716 de 7 de agosto de 1992*, a regulamentação federal ocorreu somente em 2001 com a *Lei 10.216 de 6 de abril de 2001*. Entretanto, observa-se uma carência de dados independentes sobre os efeitos dessas

mudanças nas características das internações psiquiátricas pelo SUS - Sistema Único de Saúde (BOTEGA, 2006).

Na última década, houve um avanço importante na possibilidade de acesso aos dados pela Internet, por meio do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), uma base de dados com fins originalmente administrativos sobre todas as internações realizadas no Brasil e remuneradas pelo SUS. A base de dados está disponível para consulta no endereço eletrônico do Datasus como parte das políticas de acessibilidade universal do sistema de saúde público brasileiro, estendida também para os dados administrativos. A versão disponível na internet é gerada sem os dados de identificação pessoal dos sujeitos. São arquivos com informações que constam na autorização de internação hospitalar (AIH), que incluem, entre outras informações, diagnóstico do paciente, dados demográficos, local, data, período de permanência e custos da internação. Dados secundários extraídos do Datasus já foram utilizados em diferentes estudos (BITTENCOURT et al., 2006).

Porém, os dados do Datasus são separados por períodos determinados, sem uma orientação sobre como agregar diferentes períodos para o estudo de tendências. Além disso, as tabelas não permitem estratificação para análise de características adicionais, como tipo de hospital (psiquiátrico ou geral) ou grupos de idade, por exemplo. Outra limitação importante para análise desses dados secundários é o formato de registro de permanência hospitalar superior a 30 dias, principalmente para internações psiquiátricas. Devido à limitação de tempo de uma AIH para o máximo de 30 dias, aquelas por tempo superior a esse limite geram registros adicionais de AIH para o mesmo paciente. Isso compromete o estudo de dados cumulativos, como tempo de permanência no hospital e custos de hospitalizações superiores a 30 dias, frequentes em psiquiatria. Uma alternativa para o aproveitamento dos dados do Datasus é a utilização de um programa destinado a realizações de tabulações e testes estatísticos simples, o *Tabwin*. Esta ferramenta permite a separação de dados de internação em subgrupos e a comparação de variáveis em períodos e arquivos diferentes. Entretanto, o programa é limitado para a transformação de dados e não permite o agrupamento de várias AIH de uma mesma internação. Desta forma, a utilização desses recursos para avaliação de características de internações psiquiátricas ainda é limitada, requerendo amplas adaptações para utilização por parte de pesquisadores externos à administração do sistema. A maior parte dos estudos publicados contou com a extração de dados feita pelos administradores do sistema de saúde (CANDIAGO; ABREU, 2007).

Dadas as limitações dos indicadores de saúde perante as necessidades colocadas para o presente estudo, torna-se necessário que a análise das internações compulsórias de *alcoolistas*

ocorra a partir da realidade do município de Erechim. Ora, perante a inexistência de um banco de dados com esses indicadores (internações compulsórias de *alcoolistas* nos anos de 2010 a 2016 realizadas no município de Erechim indicadas pelo CAPSad), torna-se necessário que a investigação ocorra a partir de documentos, principalmente os prontuários dos sujeitos, nos quais se encontram em anexo os laudos técnicos e os mandados judiciais.

Aqui cabe uma nota: a investigação ocorreu a partir das existências documentadas. E todas as outras não documentadas? Por que não foram documentadas? Podemos pensar com o antropólogo João Biehl (2004) a respeito do seu estudo etnográfico de longo prazo sobre a resposta terapêutica brasileira ao HIV/AIDS (2004; 2011). À medida em que a vida de muitos pacientes com AIDS estava sendo estendida e o contrato farmacêutico internacional reescrito, o autor percebeu, no seu trabalho etnográfico no Nordeste do Brasil, que um grande número de pobres e vítimas marginais da AIDS são realmente feitos ausentes da epidemiologia (e de suas estatísticas documentais), da política e dos cuidados de saúde e, sem direitos aparentes, são deixados a morrer. Estas pessoas vivem nas ruas ou edifícios abandonados. Em sua turbulenta existência com AIDS, eles têm contatos esporádicos com serviços governamentais de testes e cuidados médicos ou com formas não-governamentais de apoio, mas não existem programas específicos de prevenção, tratamento e suporte específico para eles. Sua experiência de morrer é comum e conhecida por questões políticas e indiferença moral. No que segue mostro que algumas vidas dos *alcoolistas* também parecem estar destinadas à invisibilidade, e fazem parte de um padrão de não-intervenções estruturadas, uma espécie de triagem do estado.

Vou aos arquivos. Identifiquei esses prontuários durante o mês de novembro de 2016. Essa localização foi facilitada pela Direção da Saúde Mental da Secretaria de Saúde, da Prefeitura de Erechim, que me forneceu listas gerais com os nomes dos sujeitos internados a partir do ano de 2010, com diagnóstico de *alcoolismo*, cuja internação havia sido indicada pelo CAPSad. Ressalto que nas listas não havia qualquer sinalização da forma da internação: voluntária, involuntária ou compulsória, fato que demandou a abertura dos arquivos individualmente.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ERECHIM - RS
Secretaria de Saude

Internações por CID

Filtros: Previsão de Alta Inicial: 01/01/2012 Previsão de Alta Final: 31/12/2012 Idade Inicial: 0 Idade Final: 99 Sexo: Ambos Internação: Ambos Motivo Internação: ALCOLISMO

Paciente	Sexo	Idade	Qtde	Internação	Outros CID's	Prev. Alta	Dias	Alta
[Redacted]	M	47	1	17/05/2012		17/06/2012	(0)	19/06/2012
[Redacted] (896233) NE	M	59	1	07/02/2012		07/03/2012	(0)	08/03/2012
[Redacted] (619671)	M	49	1	18/09/2012		18/10/2012	(0)	01/10/2012
[Redacted] (63570)	M	38	1	08/03/2012		08/04/2012	(0)	10/04/2012
[Redacted] (723622)	M	37	1	23/02/2012		23/03/2012	(0)	08/03/2012
[Redacted] (1192434)	M	29	1	06/06/2012		06/07/2012	(0)	05/07/2012
[Redacted] (518514) C	M	19	2	06/09/2012		06/10/2012	(0)	04/10/2012
[Redacted] (946869)	M	17	1	27/03/2012		27/04/2012	(0)	26/04/2012
[Redacted] (497503) NE	F	38	1	20/11/2012		20/12/2012	(0)	20/12/2012
[Redacted] (748293)	M	41	1	07/02/2012		07/03/2012	(0)	28/02/2012
[Redacted] (1083449)	M	51	1	28/08/2012		28/09/2012	(0)	11/09/2012
[Redacted] (142603)	M	47	1	10/07/2012		10/08/2012	(0)	07/08/2012
[Redacted] (1069195)	M	52	1	20/11/2012		21/12/2012	(0)	20/12/2012
[Redacted] (959960)	M	58	1	19/07/2012		19/08/2012	(0)	21/08/2012
[Redacted] (985570)	M	59	1	12/07/2012		12/08/2012	(0)	14/08/2012
[Redacted] (982946) IFE	M	62	1	28/06/2012		28/07/2012	(0)	31/07/2012
[Redacted] (290793)	M	52	1	20/01/2012		20/02/2012	(0)	16/02/2012
[Redacted] (26321) C	M	47	1	17/05/2012		17/06/2012	(0)	19/06/2012
[Redacted] (17741)	M	52	1	02/02/2012		02/03/2012	(0)	28/02/2012
[Redacted] (34366)	M	53	1	03/01/2012		03/02/2012	(0)	02/02/2012
[Redacted] (1093100) C	M	38	1	08/11/2012		08/12/2012	(0)	06/12/2012
[Redacted] (80566) CASII	M	53	2	04/10/2012		04/11/2012	(0)	09/10/2012
[Redacted] (880566) CASII	M	53	2	04/10/2012		04/11/2012	(0)	09/10/2012
[Redacted] (385735) C	M	58	1	07/02/2012		07/03/2012	(0)	09/03/2012
[Redacted] (586551) NE	M	59	1	08/03/2012		08/04/2012	(0)	10/04/2012
[Redacted] (967041)	M	52	1	17/04/2012		17/05/2012	(0)	17/05/2012
[Redacted] (285039) A C	F	50	1	08/11/2012		08/12/2012	(0)	06/12/2012
[Redacted] (605174)	M	52	1	18/09/2012		18/10/2012	(0)	18/10/2012
[Redacted] (287130)	M	61	1	23/11/2012		23/12/2012	(0)	20/12/2012
[Redacted] (1083359) NE	M	41	1	23/12/2011		23/01/2012	(0)	23/01/2012
[Redacted] (4731)	M	53	1	05/01/2012		05/02/2012	(0)	07/02/2012
[Redacted] (781789) C	M	61	1	15/12/2011		15/01/2012	(0)	17/01/2012
[Redacted] (318078) FIA	M	30	2	17/01/2012		17/02/2012	(0)	23/02/2012
[Redacted] (586439)	M	52	1	07/08/2012		07/09/2012	(0)	06/09/2012
[Redacted] (13130)	M	47	1	03/05/2012		03/06/2012	(0)	30/05/2012
[Redacted] (7855) C	M	32	1	12/04/2012		12/05/2012	(0)	15/05/2012
[Redacted] (1017071) C	M	57	1	07/08/2012		07/09/2012	(0)	11/09/2012
[Redacted] (877972)	M	42	2	15/05/2012		15/06/2012	(0)	14/06/2012
[Redacted] (877972)	M	42	2	15/05/2012		15/06/2012	(0)	14/06/2012
[Redacted] (1059041) C	M	44	1	03/01/2012		03/02/2012	(0)	02/02/2012
[Redacted] (207377)	M	59	2	09/02/2012		09/03/2012	(0)	08/03/2012
[Redacted] (578228)	M	37	1	12/04/2012		12/05/2012	(0)	10/05/2012
[Redacted] (176390)	M	46	1	16/08/2012		16/09/2012	(0)	18/09/2012
[Redacted] (599441)	M	54	1	08/11/2012		08/12/2012	(0)	06/12/2012

Total de internações do motivo: 56 internações

Total de internações da clínica: 56 internações

Clinica: HOSPITAL SAO ROQUE SOC CIVIL BENEF E FILANTR GETULIO VARGAS (328)

CID Principal: Não Informado

Paciente	Sexo	Idade	Qtde	Internação	Outros CID's	Prev. Alta	Dias	Alta
[Redacted] (639982)	M	47	1	28/12/2011		28/01/2012	(0)	18/01/2012

Total de internações do motivo: 1 internações



Relatório emitido pelo sistema G-MUS
© Inovadora Sistemas de Gestão Ltda.

Usuário: D15090 @ 192.168.100.11
Base: 172.20.255.248:gemus_producao_erechim

17/11/2016 08:14

Página: 1

Figura 01: Lista das internações hospitalares de sujeitos *alcoolistas*, no município de Erechim. Os nomes foram supressos para preservar a identidade dos sujeitos.
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Erechim – RS. Relatório emitido pelo Sistema G-MUS.

Considerando o *corpus* da pesquisa, pesquisei todos os prontuários nomeados, tendo que procurá-los um a um em 09 arquivos metálicos divididos conforme classificação alfabética, localizados no CAPSad, conforme ilustra a figura abaixo. Na figura subsequente, a totalidade dos prontuários investigados.



Figura 02: Quatro dos nove arquivos para a guarda dos prontuários, localizados no CAPSad.
Fonte: arquivo pessoal.



Figura 03: Prontuários localizados.
Fonte: arquivo pessoal.

A desmontagem dos documentos e dos arquivos – campos de forças múltiplas e entrecruzadas –, implicou em apropriar-me de um pensamento que problematiza os recortes, as seleções, as disputas, as montagens, as práticas, os timbres, as assinaturas, a organização das gavetas e dos armários, as arquiteturas, as regras de guarda e gestão da informação. Datas e lugares, tempo e espaço como matéria da análise em história são, como se sabe, relevantes metodologicamente para o trabalho empírico situado e para a demarcação política dos acontecimentos. (LEMOS *et al.*, 2014). Meu trabalho de pesquisadora demorou-se sobre os documentos como monumentos que narram o cotidiano, os detalhes banais, o que parece não ter história e realizar uma descrição e análise paciente, minuciosa.

A partir da circunscrição dos arquivos dos prontuários dos sujeitos *alcoholistas* internados a partir do ano de 2010 (não houve possibilidade de acessar as internações anteriores a 2010), no CAPSad, do município de Erechim, Rio Grande do Sul, estudei as estruturas dos prontuários e identifiquei as peculiaridades. Variáveis de interesse como idade e gênero foram consideradas para a análise. Apenas os diagnósticos pertencentes a CID-10 F10 foram avaliados, em função da licitude da venda do álcool no Brasil. Os demais grupos diagnósticos do CID-10 foram desconsiderados.

Passemos às tecnologias de poder que animam os discursos, fazendo-os funcionar a partir das instituições científicas e judiciárias, e lembram a urgência, sempre estratégica, do dispositivo. Marco, novamente, que a pesquisa se deu com os documentos disponíveis, com os sujeitos que conseguem acessar o serviço de saúde. E os demais, que não viram estatística, que morrem, que não são atendidos? Trata-se de uma pergunta ainda sem resposta, que acaba por fugir do escopo deste trabalho e cuja importância solicita novas investigações.

Numericamente, de 2010 a 2016, o município de Erechim registou 268 internações hospitalares de sujeitos *alcoholistas*, sendo 76 foram de caráter compulsório e coercitivo – 20% do total de internações hospitalares:

Ano	Total de internações de <i>alcoholistas</i> em hospital geral	Total de internações compulsórias de <i>alcoholistas</i> em hospital geral
2010	21	07
2011	30	11
2012	50	13
2013	38	13
2014	38	13

2015	46	05
2016	46	14

Tabela 1: Internações em Erechim/RS, entre 2010 e 2016

Fonte: produzido pela autora

Das 72 internações hospitalares compulsórias realizadas de 2010 a 2016, apenas três eram de mulheres, fato que reivindica a urgência da análise sob o viés do gênero. Aqui me deparei com o primeiro problema da análise dos dados: problemas de gênero.

4.2.1 Problemas de gênero

Nessa esteira, a primeira categoria enunciativa que tomo para análise é a categoria de gênero. Não obstante a perspectiva da estatística e do governo que incidem sobre os discursos estatísticos, gostaria, para fins metodológicos, de apresentar dois gráficos, bastante elucidativos acerca da divisão de gêneros nos registros municipais:

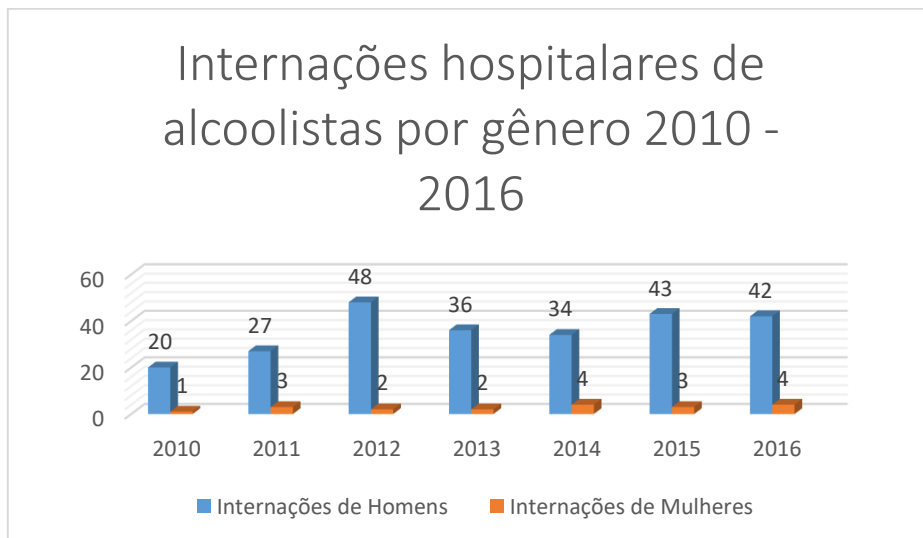


Gráfico 1: Internações em Erechim/RS, por gênero, entre 2010 e 2016

Fonte: produzido pela autora

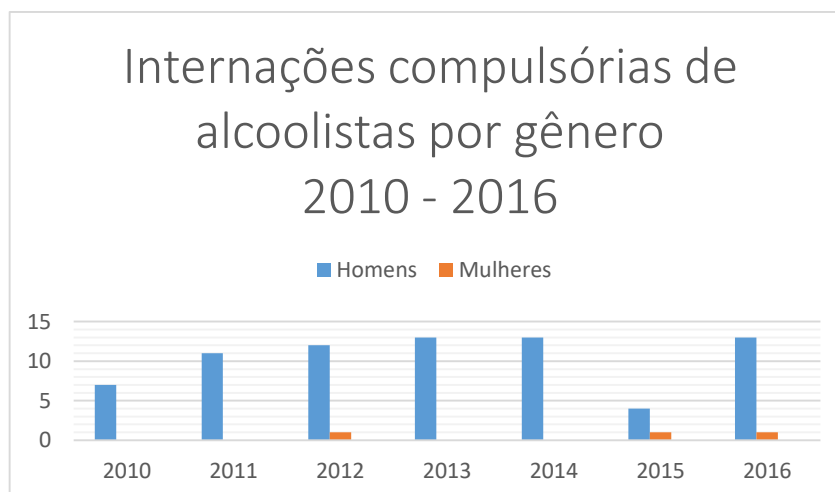


Gráfico 2: Internações compulsórias em Erechim/RS, entre 2010 e 2016, por gênero

Fonte: produzido pela autora

É imediata a discrepância: nas internações hospitalares compulsórias, segundo a variável de gênero, das 72 internações realizadas, apenas 03 foram de mulheres, nos anos de 2012, 2015 e 2016. De acordo com os registros, das três mulheres, cuja internação foi determinada pela Justiça, o esposo também, em algum momento, fez tratamento em CAPSad (ou antes ou depois dela). E em dois casos (das três mulheres) havia a determinação para internação do marido no mesmo processo. Ora, qual a relação entre a produção dos gêneros e a constituição dos sujeitos alcoolistas que encontrei nos documentos?

Atento, primeiramente, para a discussão sobre a interpelação homem-mulher, que não apenas cria expectativas, mas gera suposições sobre o corpo que ganha visibilidade através dessa tecnologia, seus efeitos são protéticos: faz corpos (PRECIADO, 2014). Paul Beatriz Preciado (2014) se insere no debate sobre modos de subjetivação e identidade, como críticas ao que considera uma necessidade ocidental de redução da verdade do sexo ao binômio homem e mulher. Na superação dos binômios proposta pelo autor, não se trataria apenas de apagar as marcas de gênero, mas questionar suas tecnologias de inscrição. O gênero, portanto, é o resultado de tecnologias sofisticadas que produzem corpos -sexuais. Quando se diz “é um menino!”, não se está descrevendo um menino, mas criando um conjunto de expectativas para aquele corpo que será construído como “menino”. O ato da linguagem, nessa perspectiva, não é uma representação da realidade, mas uma interpretação construtora de significados. John Austin chamou essa característica da linguagem de “capacidade performática.” (AUSTIN, 1990).

Butler (2002, p. 18) também parte da performatividade, que deve ser entendida não como um ato singular e deliberado, senão antes como a prática reiterativa e referencial mediante

a qual o discurso produz os efeitos que nomeia. A performatividade é concebida como uma prática discursiva de reiteração de normas e de reiteração de práticas de exclusão. No entanto, não se pode concluir que o corpo seja exclusivamente uma realidade linguística, nem que o corpo não tenha a ver com a linguagem: materialidade e linguagem estão profundamente imbrincados e em mútua interdependência (BUTLER, 2002, p. 111). No momento em que se diz “menino/menina”, não se está descrevendo uma situação, mas produzindo masculinidades e feminilidades condicionadas ao órgão genital. O gênero adquire vida através das roupas que compõem o corpo, dos gestos, dos olhares, ou seja, de uma estilística definida como apropriada. São esses sinais exteriores, postos em ação, que estabilizam e dão visibilidade ao corpo. Essas infundáveis repetições funcionam como citações, e cada ato é uma citação daquelas verdades estabelecidas para os gêneros, tendo como fundamento para sua existência a crença de que são determinados pela natureza. Quando se age e se deseja reproduzir a/o mulher/homem “de verdade”, desejando que cada ato seja reconhecido como aquele que se posiciona legitimamente na ordem de gênero, nem sempre o resultado corresponde àquilo definido e aceito socialmente como atos próprios a um/a homem/mulher. Se as ações não conseguem corresponder às expectativas estruturadas a partir de suposições, abre-se uma possibilidade para se desestabilizarem as normas de gênero, que geralmente utilizam da violência física e/ou simbólica para manter essas práticas às margens do considerado humanamente *normal*. O processo de naturalização das identidades e a patologização fazem parte desse processo de produção das margens, local habitado pelos seres abjetos (BENTO, 2011).

As formas idealizadas dos gêneros geram hierarquia e exclusão. Os regimes de verdades estipulam que determinadas expressões relacionadas com o gênero são falsas, enquanto outras são verdadeiras e originais, condenando a uma morte em vida, exilando em si mesmo os sujeitos que não se ajustam às idealizações. Essas condições normativas para a produção dos sujeitos produzem uma ontologia historicamente contingente, de modo que nossa própria capacidade de discernir e nomear o “ser” do sujeito depende de normas que facilitem esse reconhecimento (BUTLER, 2015a).

Há uma amarração, uma costura, no sentido de que o corpo reflete o sexo e o gênero só pode ser entendido, só adquire vida, quando referido a essa relação. As performatividades de gênero que se articulam fora dessa amarração são postas às margens, analisadas como identidades transtornadas, anormais, psicóticas, aberrações da natureza, coisas esquisitas (BENTO, 2011). A repetição permite a eficiência dos atos performativos que sustentam e reforçam as identidades hegemônicas, mas, também, são as repetições deslocadas do contexto natural dos sexos, a exemplo da transexualidade, que possibilitam a emergência de práticas que

interrompem a reprodução das normas de gênero e, ao fazê-lo, explicitam o caráter excludente da categoria “humano” das pessoas que reconstroem suas posições identitárias transitando e, portanto, negando a precedência explicativa do biológico (BUTLER, 1998, 2002).

As análises de Berenice Bento, Butler e Preciado são centrais para o que aqui pretendo investigar, uma vez que essas práticas caminham no entendimento do corpo como centro de resistência e de produção biopolítica. Ao problematizar a visão (patologizante) das identidades de gênero, terminamos por encontrar as normas de gênero também no acesso ao tratamento em saúde, inclusive junto ao SUS – geografia desta pesquisa. Parece que o acesso ao tratamento do *alcoholismo* é “privilégio” do homem, já que o repertório de consumo ou abuso de bebidas alcoólicas comporia a performatividade masculina, em oposição ao *alcoholismo* feminino. Há de ser dito que a produção desses discursos está inscrita em relações de saber e poder sobre os corpos das mulheres *alcoholistas*, uma vez que essa trama discursiva é legitimada pela literatura científica, como veremos a seguir. A maior parte dos trabalhos insiste na necessidade de mais pesquisas sobre o *alcoholismo* feminino, evidenciando a prolixidade, a largueza e a extensão dos dispositivos de saber-poder. Atentemos às variáveis do discurso epidemiológico, biomédico, sociológico e psicológico que compõe os discursos científicos contemporâneos sobre o *alcoholismo*, segundo a categoria de gênero.

Silva et al. (2013), em uma revisão da produção científica sobre *alcoholismo* produzida pela enfermagem brasileira, a partir das teses e dissertações publicadas sobre a temática do *alcoholismo* no período de 1977 a 2007, no *Banco de Teses e Dissertações da Associação Brasileira de Enfermagem*, em um total de 43 estudos revisados, destaca que a realidade do *alcoholismo* feminino ainda é pouco difundida no meio científico, visto que ela representa somente 10,8% do material analisado. Esse dado mostra, conforme a autora, a relevância de se estudar a relação do *alcoholismo* com o gênero feminino, ainda tão pouco explorado pelas pesquisas em enfermagem.

Não obstante tal lacuna, da perspectiva estatal, o Ministério da Saúde elaborou, em 2004, reimpressão em 2011, uma política pública específica para as mulheres. O *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PAISM)* – foi desenvolvido em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional, cujo compromisso seria a implementação de ações de saúde que contribuíssem para a garantia dos direitos humanos das mulheres e redução da “morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis” (BRASIL, 2011, p. 7). Notemos desde já a emergência discursiva de

estratégias de biopolítica e biopoder sobre o corpo feminino, e os dispositivos de produção daquilo que seria considerado a saúde, a vida (e por que não, a morte) das mulheres no Brasil.

Nesse documento há uma seção específica sobre *saúde mental e gênero*, que nasce da compreensão de que as mulheres sofrem duplamente com as consequências dos transtornos mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem; condições reforçadas pela desigualdade de gênero, atribuindo a mulher uma postura de subalternidade em relação aos homens. Há uma preocupação com o fato de que as mulheres ganham menos, estão concentradas em profissões mais desvalorizadas, têm menor acesso aos espaços de decisão no mundo político e econômico, sofrem mais violência (doméstica, física, sexual e emocional), vivem dupla e tripla jornada de trabalho e são as mais penalizadas com o sucateamento de serviços e políticas sociais, dentre outros problemas. Outros aspectos são considerados para a saúde mental das mulheres como classe social, raça, etnia, idade e orientação sexual, bem como a necessidade de contextualizar os aspectos da vida cotidiana das mulheres, conhecer com que estrutura social contam ou não para resolver as questões práticas da vida, e reconhecer a sobrecarga das responsabilidades assumidas pelas mulheres (BRASIL, 2011, p. 44-45).

Apesar dessa compreensão multicausal o documento restringe sua análise à demonstração dos números das internações em saúde mental⁵⁷. Sequer apresenta uma possibilidade de *engenharia de recursos e serviços*⁵⁸ em saúde mental para as mulheres além do recurso hospitalar, questão central para o movimento da reforma psiquiátrica brasileira. Para Silva et al. (2013), o referido documento tem enfoque central na saúde materno-infantil, intervindo sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos sejam adequados às necessidades da reprodução social.

Sobre o arcabouço discursivo da epidemiologia, vale destacar que os dados epidemiológicos publicados recentemente revelam que a prevalência da dependência de álcool é predominantemente masculina. Porém, no decorrer dos anos observa-se um crescente interesse pelo *alcoolismo* feminino, e a presença ou a ausência de mulheres nos serviços de saúde tem sido o foco central das discussões. Durante muito tempo o *alcoolismo* esteve identificado com a população masculina, considerando resultados que apontavam para uma prevalência mínima de mulheres nos serviços de saúde especializados (SANTANA;

⁵⁷ Sobre as internações de mulheres devido ao uso de álcool apresentadas no referido documento, elas mantiveram-se como a quinta causa de internações psiquiátricas de mulheres nos anos de 2000 a 2002 (BRASIL, 2011).

⁵⁸ *Engenharia de recursos e serviços* é o termo usado por Paulo Amarante (1996, p.16) ao referir-se ao lidar prático e teórico do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil sobre a desinstitucionalização como desospitalização.

ALMEIDA FILHO, 1987; BORINI; SILVA, 1990; CARDIM; AZEVEDO, 1995; BLUME, 1990; CESAR, 2006; CARLINI et al., 2006; CASTRO; MELLO E SOUZA, 2009).

Nobrega e Oliveira (2005) compreendem que as discrepâncias entre o número de homens e mulheres *alcoholistas* nos serviços de saúde mental deve ser lida como consequência das barreiras enfrentadas pelas mulheres, sejam estruturais (como a falta de creche para seus filhos, de apoio psicológico, de ajuda legal), pessoais (falta de emprego, independência financeira e baixa receptividade dos profissionais de saúde) ou sociais (oposição de familiares e amigos, como também do próprio estigma social). Além do estigma social, estudos apontam: falta de treinamento das equipes primárias de saúde; carência de serviços especializados no atendimento da saúde mental da mulher e escassez na produtividade de pesquisas no Brasil. (RENNÓ JR. et al., 2005; ZILBERMAN, 2003; HOCHGRAF; ANDRADE, 2004). A pequena participação das mulheres nas pesquisas brasileiras teria como consequência a ênfase no padrão de uso masculino, que passa a ser considerado a *norma* (BRASILIANO; HOCHGRAF, 2006). Carvalho e Dimenstein (2003) apontam que a concepção estigmatizante dos profissionais acaba por nortear as ações e intervenções em saúde: “a lógica expressa [...] é de que a cachaça está para o homem assim como o Diazepam está para a mulher.” (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2003, p. 50).

Um estudo brasileiro realizado na perspectiva de gênero é o de Oliveira e Silva (2002 apud CESAR, 2006), com mulheres que começaram a utilizar álcool muito jovens. Neste estudo, as autoras constataram, entre as mulheres entrevistadas, um comportamento semelhante ao masculino, ou seja, são mulheres que desenvolvem performances relativas ao alcoolismo segundo uma normatividade masculina, definida em alguns critérios: bebem em bares ou na rua, uma atitude considerada incomum nas discussões sobre *alcoholismo* feminino. Para Cesar (2006), por exemplo, a porcentagem alta de mulheres que bebem privadamente não atesta que mulheres *alcoholistas* não bebam em público; porém, a representatividade dada por elas ao beber na esfera privada, como o comportamento que revela o seu *alcoholismo*, parece apontar uma particularidade do beber feminino.

Para Corradi-Webster (2009), o discurso da literatura epidemiológica constrói o consumo de álcool como algo marcado pelas diferenças de gênero, em que pessoas do gênero feminino beberiam menos do que as do masculino. Um dos possíveis efeitos deste discurso é a estigmatização das mulheres que bebem, principalmente em contextos onde as relações de gênero são menos igualitárias. Ao consumirem bebidas alcoólicas as mulheres tornam-se diferentes da *norma* (tomada a partir do beber masculino (BRASILIANO; HOCHGRAF, 2006)) e do comportamento socialmente esperado para uma mulher. Se o consumo for diário,

provavelmente será apontado pelas pessoas ao redor como uso problemático, já que há poucas mulheres com o mesmo hábito. Este discurso pode construir na mulher que bebe sentimentos de culpa e vergonha, levando-a a responder negativamente quando questionada sobre seu consumo (minimizando os dados epidemiológicos) e a escondê-lo de outras pessoas e profissionais de saúde (CORRADI-WEBSTER, 2009).

Segundo Schmidt (1992), mulheres *alcoholistas* costumam procurar ajuda em serviços com clínica ginecológica ou médica. Suas queixas normalmente são vagas, referindo-se a sintomas físicos ginecológicos, ou a sintomas psíquicos, como ansiedade ou depressão. Estas mulheres, segundo a autora, esconderiam o seu problema de *alcoholismo*. Porém, aqui cabe questionar o papel dos discursos na invisibilização das mulheres nas estatísticas documentadas em Erechim: por quais serviços, afinal, são atendidas? Quais as suas condições de subjetivação como alcoholistas?

Nessa esteira das diferenças, de acordo com Blume (1990), em estudo realizado num hospital norte-americano em prontuários médicos, constatou-se que o diagnóstico de *alcoholismo* era ignorado na maioria das pacientes, principalmente as de classe média alta. Gomes (2010), sobre sua experiência como psicóloga de CAPSad refere ter observado a dificuldade de permanência das mulheres em grupos mistos, considerando que as mulheres eram minoria e frequentemente sofriam ataques masculinos, que reiteravam preconceitos sociais e estereótipos ligados a valores morais relacionados ao ato de beber como por exemplo: “para os homens já é feio beber, imagina para as mulheres”; “mulheres que bebem são ‘fáceis’” (GOMES, 2010, p. 14). A autora aponta que a partir da criação de grupos específicos para mulheres houve maior permanência e os relatos das mulheres revelavam singularidades de gênero na prática do uso de substâncias psicoativas. As particularidades do “beber feminino” não aparecem apenas nos relatos das participantes do grupo de Gomes (2010), mas encontram-se em muitos discursos científicos, sobretudo no discurso sobre a condição orgânica feminina. Observemos.

De acordo com algumas pesquisas, o consumo abusivo do álcool implica consequências para a mulher em vários aspectos físicos, que incluem miocardiopatia, miopatia e lesão cerebral. A hepatite alcoólica quase sempre progride para cirrose, inibição da ovulação, diminuição da fertilidade e vários problemas ginecológicos e obstétricos. Isso se deve ao fato da mulher apresentar na sua composição corpórea menos água e maior quantidade de tecido gorduroso (NOBREGA; CORREA, 2005). A concentração de álcool no sangue estaria relacionada ao índice de massa corporal e com a quantidade de água no corpo, ambos menores nas mulheres. A atividade da enzima álcool-desidrogenase também é menor nas mulheres, fazendo com que

uma maior quantidade de álcool ingerida chegue até o fígado, causando prejuízos mais rapidamente. A literatura também sugere que o cérebro da mulher seria mais vulnerável à toxicidade do álcool que o dos homens. O deterioro cognitivo também seria maior nas mulheres, e ocorreria mais rapidamente (MANCINELLI; BINETTI; CECANTI, 2007). A mulher sofreria mais consequências clínicas decorrentes do uso alcoólico que os homens (DAWSON, 1994), mesmo com menor tempo de consumo (DUNNE; GATATOPOULOS; SCHIPPERHEINJ, 1993). Ainda, o consumo de álcool durante a gestação está associado ao aumento de risco para malformações fetais, a mais grave é a *Síndrome Alcoólica Fetal* (PINHEIRO et al; 2005). Em mulheres *alcoólicas*, o risco de ter uma criança portadora dessa síndrome é de aproximadamente 6% (SOKOL; MARTIER; AGER, 1989).

Essas narrativas de valorização do biológico são muito utilizadas em questões que envolvem o gênero feminino e servem para legitimar o discurso de dependência enquanto doença: quanto mais o discurso biomédico ganha força, mais a questão do consumo é tratada de forma individualizante e menos se consideram os aspectos relacionados ao ambiente. Esse discurso biomédico constrói o consumo de bebidas alcoólicas por mulheres como mais danoso do que o consumo feito por homens, devido às diferenças fisiológicas. Um dos efeitos desse discurso é justamente a criação de políticas públicas voltadas para o público feminino, percebido então como mais vulnerável. (CORRADI-WEBSTER, 2009, p. 46). A produção de discursos científicos sobre o corpo da mulher faz pensar tal qual Silva et al. (2013) a respeito do *Programa Integral de Saúde da Mulher* sobre a emergência dos discursos intervindo sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar às necessidades da reprodução social.

Indo adiante: a não aderência das mulheres aos programas e serviços da maneira como eles estão organizados podem ser lidos como estratégias de invisibilização ou de resistência desses sujeitos? A suposta vulnerabilidade física da mulher, legitimada pelos discursos biomédicos, parece apresentar-se paradoxal frente às práticas de silenciamento, que não permitem que elas sejam capturadas como os homens pelos dispositivos de saúde. Ora, se tão vulnerável, como escapa do hospital?

Podemos pensar que só acessam o recurso hospitalar para morrer. Reivindico as existências apagadas das mulheres alcoólicas a luz do pensamento do antropólogo João Biehl a respeito do seu estudo etnográfico de longo prazo sobre a resposta terapêutica brasileira ao HIV/AIDS (2004, 2016). Uma de suas preocupações, partindo das leituras de Foucault e Agamben, diz respeito à forma como as intervenções técnicas e políticas tornam algumas pessoas invisíveis e como essas dinâmicas afetam a experiência, distribuição e representação social da morte. São procedimentos burocráticos, dificuldades informativas, negligência

médica, desprezo moral e disputas não resolvidas sobre os critérios de diagnóstico que simplesmente tornam algumas pessoas ausentes. O autor nomina esses procedimentos e ações estatais e médicas de “tecnologias de invisibilidade”. Esta invisibilidade não se restringe à AIDS. Os mais pobres e marginais estão aqui socialmente incluídos através de uma morte pública. Estes abandonados só se tornam parcialmente visíveis no sistema de saúde pública no final da vida e seguidos por “adictos de drogas”, “ladrões”, “prostitutas”, ou “não conformes”, práticas e rótulos que lhes permitem ser culpados por sua morte. Eles permanecem nas margens ou ausentes também nas intervenções não-governamentais. No final, existe nenhum registro de suas trajetórias individuais e sociais (BIEHL, 2004)⁵⁹.

Foucault (2003 [1977]), como se sabe, questionava porque era tão importante, em uma sociedade como a nossa, que algumas existências fossem sufocadas ou apagadas ou simplesmente consideradas como se não existindo, daí a ideia da produção de *A vida dos homens infames*: “[...] afinal, não é um dos traços fundamentais de nossa sociedade o fato de que nela o destino tome a força da relação com o poder, da luta com ou contra ela?” (FOUCAULT, 2003 [1977], p. 206). Nesse sentido, embora a escolha metodológica adotada nessa dissertação se dê pelas regularidades do discurso, decido escrever, de forma individualizante, os registros do primeiro acesso ao serviço das três mulheres internadas compulsoriamente, no período investigado. Penso que a grande questão no que se refere ao alcoolismo das mulheres, como essa pesquisa permite antever, seja o acesso aos dispositivos de saúde, uma vez que se trata de existências cujas tecnologias de apagamento são também da ordem do estado.

Maria chega ao serviço pela primeira vez no ano de 2011, é avaliada pela enfermeira. (Mantenho a grafia original): “57 anos, casada, 4 filhos, 03 casados 01 de 16 anos em casa, problema com álcool há + de 20 anos (cachaça) o esposo bebe diariamente ela não consegue ficar um dia sem beber, relata que tem convulsão, apresenta queimaduras no braço por ter caído em cima de panela de arroz (há 08 dias atrás), hematoma no olho, toma medicamentos (fenobarbital 10mg – 01 comprimido a noite, fenitoína 100mg – 12/12h, carbamazepina 200mg – 01 comprimido pela manhã, 01 a tarde e 02 comprimidos a noite). Já teve várias internações

⁵⁹ Sobre essas tecnologias de invisibilidade, o autor aponta os seguintes dados de um estudo epidemiológico social que fez com cientistas locais no estado nordestino da Bahia. Em 1997, a diminuição da incidência da AIDS estava sendo relatada, e este relatório estava entre as medidas de contenção bem sucedidas do país. Ao analisar as certidões de óbito por AIDS na unidade de AIDS do hospital estadual de Salvador, onde os mais pobres e os sem-teto são enviados para tratamento, contaram 571 mortes por AIDS na unidade entre 1990 e 1996. Somente 26 por cento desses casos foram registrados pelo serviço de vigilância epidemiológica. Entre esses pacientes com AIDS, 297 (52 por cento) morreram durante a primeira hospitalização. Pode-se argumentar que, quando essas pessoas finalmente tinham acesso ao hospital, era em grande parte para morrer. (BIEHL, 2004, p. 118-119).

na FHST (trata-se da Fundação Hospitalar Santa Terezinha, hospital geral e público de Erechim), em Barão (trata-se do município onde eram encaminhados os sujeitos para internação especializada em saúde mental em hospital geral), em Caxias (trata-se da Clínica Paulo Guedes, em Caxias do Sul). *A intenção é novamente internar. Agendo consulta. Penso em CT (comunidade terapêutica).*” No mesmo dia, Maria é encaminhada para internação em comunidade terapêutica. Após a internação de 06 meses no ano de 2011, Maria frequenta o tratamento ambulatorial em CAPSad com importante aderência até o ano de 2015, quando os filhos solicitam a internação compulsória.

Outra mulher é Ana. Ela acessa o serviço no ano de 2010. É avaliada por psicóloga: *“Ana comparece ao CAPSad referindo uso diário de álcool. Intensificou o uso de bebidas alcoólicas há mais ou menos 3 ou 4 anos. Bebe junto com o marido, também dependente de álcool. Refere crise de abstinência com delirium tremens Trabalha como empregada doméstica e o esposo é pedreiro. O casal tem três filhos (22 anos, 19 anos, 15 anos), sendo que os dois menores moram em casa com os pais. Os filhos já foram abrigados no CAVA (abrigo para crianças e adolescentes do município. Hoje esse serviço não existe mais), em função do alcoolismo dos pais. Os filhos não fazem uso de álcool e ou drogas e incentivam os pais a procurarem tratamento. Insiro em grupo terapêutico nas quartas-feiras a tarde e agendo avaliação médica para amanhã.*” Ana frequenta o tratamento ambulatorial em CAPSad com significativa aderência até o ano de 2016, quando interna compulsoriamente.

Teresa acessa o serviço em 2009. É avaliada por psicóloga: *“Paciente comparece ao serviço acompanhada da mãe. Teresa refere ser usuária de álcool desde a adolescência. Diz beber caipirinhas, principalmente nos finais de semana. Refere ter processo no Conselho Tutelar em função do cuidado dos filhos e por isso estar solicitando tratamento. Paciente comprometida. Discurso confuso. Fala que o marido suspendeu uso de álcool após iniciar tratamento no CAPSad. Sugiro comprometimento mental. Depressão (?). Encaminho para grupo nas quintas-feiras pela manhã e agendo consulta com médico psiquiatra. Em entrevista com a mãe de Teresa, a mãe refere que a filha consome grande quantidade de álcool e quase que diariamente. A mãe fala ainda sobre comportamento negligente de Teresa com os filhos.”* Teresa compareceu em dois grupos terapêuticos e faltou as duas consultas agendadas com o médico psiquiatra. No ano de 2012, a filha de Teresa procurou o serviço para solicitar a internação compulsória.

Defendo uma hipótese, a partir dos registros dessas três mulheres – cuja existência encontrei nos registros dos profissionais (“o termo notícia conviria mais adequadamente, dado a rapidez do relato e a realidade dos acontecimentos relatados.” (FOUCAULT, 2003 [1977], p.

203)) – só acessaram o dispositivo de saúde, inclusive a hospitalização compulsória pelo fato de serem mães. O acesso se deu não pela existência e pela vida da mulher, mas pelas implicações, respingos e resquícios do alcoolismo materno *nos filhos*. Mais, em contraste a forte vinculação do homem ao emprego e ao mercado formal de trabalho conforme apresento a seguir, parece que ainda há o entendimento de que o trabalho da mulher é a maternidade – nesse caso, e não se toma como natural o vínculo de trabalho profissional extra casa passa a ser avaliado de acordo com discursos de gênero, de forma diferencial.

Esses procedimentos de exclusão configurados em torno das performatividades de gênero demonstram sua poderosa eficácia através da invisibilidade da “mulher que bebe”. Na geografia e data dessa pesquisa os problemas de gênero não mascaram sua exorbitante arbitrariedade. Cabe aqui a produção de novos estudos refletindo sobre os suportes normativos que possibilitam os discursos sobre o *alcoolismo* feminino tal qual estão colocados.

4.2.2 Sobre a urgência estratégia do dispositivo

Vou adiante. Observo a regularidade do número de internações, de 2010 a 2016, com um deslocamento no número de internações compulsórias em 2015. Observemos os discursos de produção dessa ruptura.

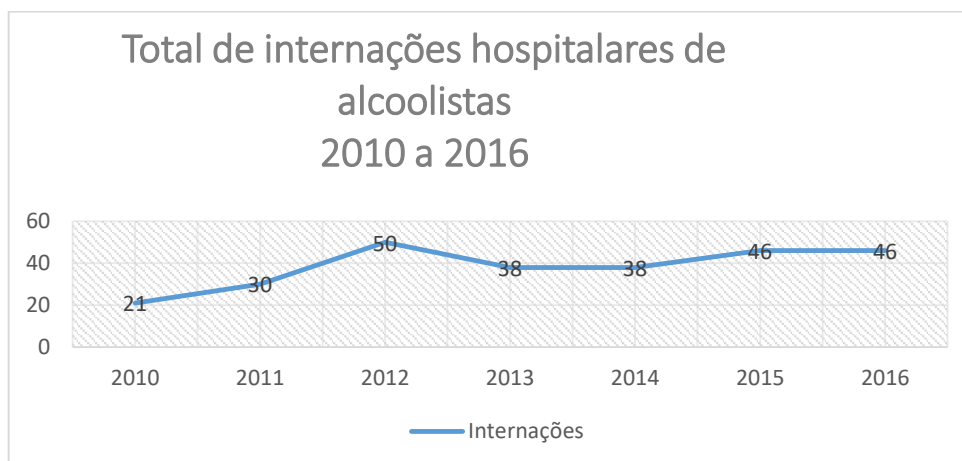


Gráfico 3: Número de internações em Erechim/RS, entre 2010 e 2016

Fonte: produzido pela autora

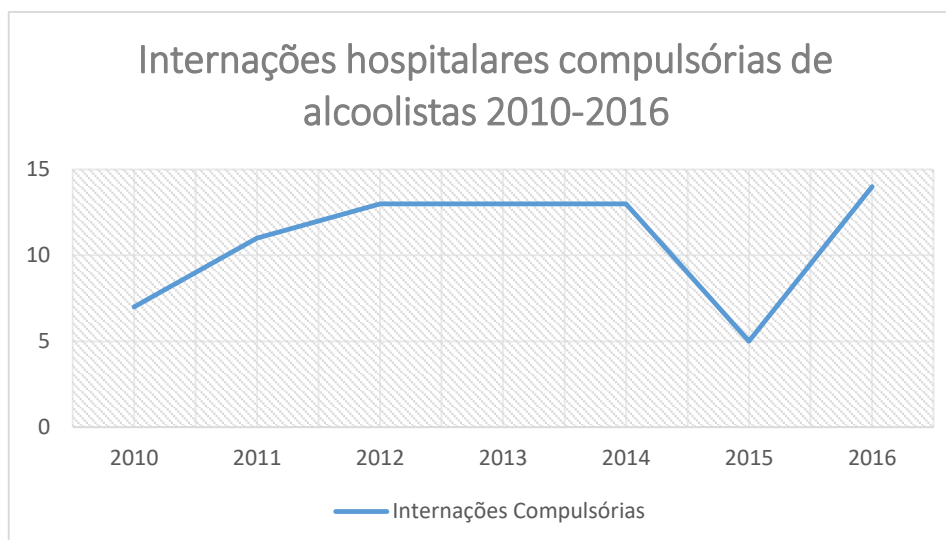


Tabela 1: número de Internações Compulsórias em Erechim/RS, entre 2010 e 2016

Fonte: produzido pela autora

A diminuição das internações (totais, incluindo as de uso prejudicial de álcool e outras drogas) foi comemorada pela Secretaria de Saúde da Prefeitura de Erechim, quando da realização do IV e V *Encontro municipal de atenção psicossocial em álcool e outras drogas* (seminário realizado para capacitação dos técnicos da rede assistencial em saúde de Erechim e região enfatizando a temática de álcool e outras drogas) nos anos de 2015 e 2016 respectivamente, onde o município divulgava redução de 50% das internações de sujeitos em uso prejudicial de álcool e outras drogas (principalmente cocaína e crack), impactando em economia de mais de meio milhão de reais para o município (SEEHABER, 2015), dinheiro este que poderia ser redirecionado para investimentos nas estratégias de cuidado extra-hospitalar e fortalecimento da rede de atenção psicossocial, conforme divulgou o então prefeito municipal, Paulo Alfredo Polis, na abertura do seminário no ano de 2016: “Diminuímos as internações, sobretudo as compulsórias, em mais de 50%. [...] Fortalecemos o cuidado ambulatorial” (SEEHABER, 2016). A diminuição da redução de 50% das internações em álcool e outras drogas também foi divulgada no 5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental (DEBONI et al., 2016).

O município de Erechim de fato abreviou e estreitou as internações em saúde mental (SEEHABER, 2015; SEEHABER, 2016; DEBONI et al., 2016); todavia, essa redução não impactou a internação de sujeitos *alcoolistas*, exceto pela realização de apenas 05 casos de internações compulsórias no ano de 2015, fato que realmente sinaliza a preocupação – segundo algumas estratégias, como se viu, notadamente econômicas de redução de gastos –, dos serviços com o problema das internações, principalmente as compulsórias. A permanência e até o

aumento das internações de *alcoolistas* nos anos de 2015 e 2016 parece corroborar com os discursos e as estatísticas⁶⁰ de ampliação dos problemas relacionados ao álcool (CARLINI, 2001; ROMANO, 2007; WHO, 2011; SCHRAMM, 2004), conforme apresentado no capítulo introdutório dessa dissertação. Essa análise inicial ainda parece confirmar a prevalência de casos de sujeitos que abusam do álcool em CAPSad, conforme estudos já divulgados na seção anterior (GONÇALVES; NUNES, 2014; FARIAS, SCHNEIDER, 2009; MACAGNAN, MENETRIER; BORTOLOTTI, 2014).

A manutenção da regularidade no número de internações de *alcoolistas* precisa ser lida sob a égide da emergência do biopoder e da biopolítica sobre os corpos dos sujeitos ditos *alcoolistas* e parece sustentar o paradoxo da internação compulsória, denunciado no final do capítulo anterior: “Se eu não internar (a força, compulsoriamente, com uso da força pública, da contenção mecânica ou farmacológica), ele morre?”. Atentemos, então, não apenas para a confluência dos diversos jogos de poder e resistência dos profissionais sobre suas respectivas tomadas de decisão sobre a indicação ou não da necessidade do tratamento hospitalar coercitivo; mas também para a dinâmica de manutenção das decisões de internação hospitalar, que parecem impugnar o discurso desinstitucionalizante da reforma psiquiátrica.

A capacidade de manutenção do dispositivo da internação compulsória ao longo dos seis anos investigados é menos indicadora da produção de estratégias de resistência dos técnicos em saúde mental sobre a internação compulsória do *alcoolista*, retirando minha hipótese inicial, e pode ser alegada e pretextada sob a própria estratégia do poder do dispositivo, que reescreve a urgência não só da normalização, mas da manutenção dos dispositivos terapêuticos. Isto posto, a tentativa aqui é colocar em xeque o itinerário profissional-juiz-hospital que mantém meritória regularidade, apesar da consolidação do dispositivo legal da reforma psiquiátrica, que indica a internação compulsória como último recurso. Paradoxalmente, sempre haverá um corpo a tratar e uma vida a preservar. A internação compulsória é o incômodo, infortúnio, aperto, disparate que a reforma da psiquiatria parece não querer libertar, pois produz e assegura o poder dos dispositivos e dos itinerários terapêuticos.

Dado o *corpus* desta pesquisa de mestrado, a importância aqui consiste em vislumbrar os itinerários produzidos em torno do procedimento da internação compulsória, produzida pelo encadeamento de uma série de dispositivos jurídicos e de saúde, funcionando estrategicamente

⁶⁰ Observemos mais uma vez a estatística, essa tecnologia tão cara ao biopoder. Os números parecem ampliar o alcance das tecnologias clínicas, como Caponi (2012) aponta sobre o nascimento da psiquiatria: na falta de legitimidade científica para os postulados kraepelinianos fracassados, o caminho aberto pelas estatísticas parece lograr na validação epistemológica da disciplina psiquiátrica com uma base empírica cientificamente sólida (CAPONI, 2012, p. 141).

para a ascensão do biopoder e da biopolítica. Passemos a produção desses itinerários que denunciam a austeridade dos dispositivos.

No Brasil, os estudos sobre itinerários terapêuticos são recentes. A bibliografia se avoluma a partir da última década, com uma persistente opção por descrever os itinerários de maneira a relacioná-los ao trânsito dos sujeitos pelos aparelhos oficiais de saúde. O itinerário, nessa perspectiva é considerado como um perambular de indivíduos pelas instituições de saúde. Enxerga-se nesse caso apenas uma parte da travessia que é muito maior e complexa (PINHO; PEREIRA, 2012). A *Lei 10.216* – Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira – preconiza que a internação involuntária pode ser solicitada por terceiros e a internação compulsória é aquela determinada pela Justiça. Por “terceiros” pode-se entender, conforme a juíza Sirley Martin da Costa, que se trata, por analogia, das mesmas pessoas previstas no artigo 1.768, do Código Civil: pais ou tutores, cônjuge (ou companheiro) ou qualquer parente (ASMEO, 2013).

No município de Erechim, esse itinerário de solicitação familiar pela internação compulsória até a determinação judicial passa pelas seguintes instituições e dispositivos:

1. A família procura o CAPSad para fazer a solicitação de internação. Dada a recusa do sujeito identificado como *alcoologista* para comparecer voluntariamente ao serviço de saúde, o profissional (profissional-perito na esteira do pensamento foucaultiano) realizará o encaminhamento para a Defensoria Pública Estadual de Erechim, solicitando mandado de condução coercitiva para avaliação médica⁶¹ em CAPSad, em formulário padronizado.
2. Uma vez que a família aciona a Defensoria Pública há a instauração de processo junto a *Vara cível Especializada em Família, Sucessões, Infância e Juventude* da Comarca de Erechim, que solicita ao prefeito municipal de Erechim:

A designação de avaliação médica do requerido [nome], etilista, residente [endereço], nesta cidade, informando a este Juízo com antecedência mínima de 48 horas, a fim de possibilitar a condução do mesmo ao órgão onde será realizado o exame, e sendo constatada a necessidade de internação que tal providência seja tomada de imediato, bem como solicito seus préstimos no sentido de orientar a equipe técnica para que preste auxílio ao Oficial de Justiça no cumprimento da condução, ficando autorizada força policial, caso necessária.

3. Agendada a avaliação, oficia-se ao juízo competente informando a data. Daí, nova determinação judicial:

O(A) Doutor(a) Juíz(a) de direito **MANDA** ao (a) Oficial(a) de Justiça que, em cumprimento ao presente mandado, proceda as **DILIGÊNCIAS** determinadas do despacho infra, a seguir transcrito, ou seja, CONDUÇÃO de [nome] ao CAPS-AD,

⁶¹ Lembremos que a hierarquia dos fatores orgânicos em detrimento dos demais já foi analisada no item 3.2 dessa dissertação: *A produção do alcoolismo como dispositivo médico científico*.

localizado na Rua Monteiro Lobato, 185, nesta cidade, no dia [data], para avaliação médica, observadas as cautelas legais.

Para que a internação compulsória ocorra deve haver um “laudo médico circunstanciado”, daí a necessidade da avaliação médica. Nessa operação, uma manobra fica evidente: desequilibrar o poder, isto é, fazê-lo passar logo de saída, ou em todo o caso, o mais rápido possível, para um só lado, o lado do médico, como previra Foucault no curso *O poder Psiquiátrico*. (2015[1973], p. 182).

Na análise desses documentos-monumentos identifiquei muitas ausências e respostas de não comparecimento dos sujeitos para realizar as avaliações, o que indica a produção de estratégias de resistências⁶² por parte dos sujeitos *alcoholistas*. Nesta situação a Justiça aciona novamente o serviço municipal de saúde:

Solicito **novo agendamento de avaliação médica**, imediatamente, em favor de [nome] e, constatada a necessidade, o seu encaminhamento à internação em estabelecimento de saúde especializado, devendo ser informado a este juízo a data da avaliação, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, a fim de possibilitar a condução do mesmo para o órgão onde será realizado o exame. Informada a data de avaliação, será expedido mandado para condução de [nome], a ser cumprido pelo Oficial de Justiça, acompanhado por profissional(is) vinculado(s) ao CAPS AD e, caso haja, indicação, a imediata internação, ficando autorizada a requisição de força policial, caso necessária. Outrossim, solicito seus préstimos no sentido de orientar a equipe técnica para que preste auxílio ao Oficial de Justiça no cumprimento da condução.

Nas situações onde ocorre a condução para avaliação identifica-se duas possibilidades, após a avaliação médica e por profissional da equipe multidisciplinar: primeira, os profissionais não indicam a necessidade da internação, mas sugerem tratamento ambulatorial e/ou farmacológico; segunda, nos casos onde há indicação para a internação são gerados dois documentos, um preenchido pelo médico clínico geral (na maioria dos casos, raramente é o psiquiatra) e outro pelo profissional de nível superior da equipe multidisciplinar que avaliou o sujeito. Em nenhum momento, dado o cenário da investigação, houve a recomendação da dispensa, isenção ou desobrigação de tratamento.

Aqui, um parêntese inescusável: apesar de a determinação judicial solicitar apenas a avaliação médica, necessariamente, no CAPSad investigado, o sujeito é avaliado também por profissional da equipe multidisciplinar. Tal conjuntura pode sinalizar a captura do sujeito por relações de saber-poder de outras disciplinas (enfermagem, psicologia, serviço social e terapia

⁶² Volto ao assunto da produção de estratégias de resistências, a seguir.

ocupacional, nesse caso) que não só a medicina; mas também a produção de estratégias de resistência construídas pela equipe mediante o poder médico e jurídico. Fecho parêntese.

Nos quadros de indicação para o cumprimento da determinação judicial, encontrei mandados reiterando a medida:

Tendo em vista a avaliação médica juntada aos autos indicando internação compulsória de [nome], nascido em [data], brasileiro, separado, alcoólatra, residente em [endereço], Erechim-RS, solicito a Vossa Excelência (aqui se trata do prefeito municipal em exercício) que sejam tomadas as medidas necessárias para dar cumprimento imediato à referida medida.

Passemos a avaliação desses laudos, emitidos por esses profissionais-peritos, esse encontro entre a “verdade” e a Justiça, essa relação de poder da qual parece ser impossível escapar.

Sobre os laudos médicos que proclamam a necessidade da internação (compulsória), em formulário padrão, os seguintes itens devem ser considerados para a avaliação médica: *história da doença atual; exame físico; diagnóstico provável; CID; exame(s) complementar(es) realizado(s); tratamento(s) realizado(s); tratamento(s) indicado(s); duração provável do tratamento; justificativa das razões que impossibilitam a realização do tratamento na origem; justificativa em caso de encaminhamento urgente; justificativa em caso de necessidade de acompanhamento; transporte recomendável e outras anotações.*

Já na avaliação da equipe multidisciplinar os seguintes itens, também em formulário padrão, são utilizados para balizar a justificativa da internação: *identificação; diagnóstico principal; CID 10; diagnóstico secundário; motivo e justificativa para internação (com avaliação dos riscos); história da doença atual; número de internações anteriores (local e data); motivo da última internação; medicação em uso e dosagem; tratamento e atividades que o usuário realiza nos serviços (grupos, oficinas, potenciais, atendimentos); condições de saúde física atualmente (data da última avaliação); internação (voluntária, involuntária ou ordem judicial); doença clínica associada, qual e tratamento; existência de acompanhante para ficar durante a internação, quem; rede de vínculos sociais, familiares e de apoio; situação de trabalho, estudo ou benefício; moradia.*

Apresento a guia de referência para preenchimento dos profissionais da equipe multidisciplinar no corpo do trabalho com a intenção de facilitar a localização, o espaço e a visualização dos enunciados expostos a seguir. O formulário médico possui condições semelhantes no que se refere à apresentação; todavia, estão em outros campos, como já mencionado.

<i>Guia de Referência para Internação Hospitalar em Saúde Mental</i>		
Serviço de Saúde Solicitante:		
Nome do Serviço: _____		
Município: _____	CRS: _____	
Técnico de referência: _____	Telefones: _____	
Identificação:		
Nome do usuário: _____	CNS: _____	
Data de nascimento: _____	Idade: _____	Sexo: _____
Nome da mãe/pai: _____		
Endereço: _____		
Telefones de contato: Nome do familiar de apoio: _____		
Município: _____	CRS: _____	
Histórico:		
Diagnóstico Secundário: _____	CID 10: _____	
Motivo e justificativa para internação (com avaliação de riscos): _____ _____		
História da doença atual: _____ _____		
Número de internações anteriores: _____		
Data: _____	Local; Motivo da última internação: _____	
Medicação em uso de dosagem: _____		
Tratamento e Atividades que o usuário realiza no serviço: (grupos, oficinas, potenciais, atendimentos individuais): _____ _____		
Condições de saúde física atualmente: _____		Data da última avaliação: _____
Internação: Voluntária () Involuntária () Ordem Judicial: SIM () NÃO ()		
Doença clínica associada? Qual? Tratamento? _____		
Possui acompanhante para ficar durante a internação? _____		Quem? _____
Situação Social:		
Rede de vínculos familiares sociais de apoio: _____		
Situação de trabalho ou estudo, ou benefício: _____		
Moradia: _____		
Data:		
Profissional e n° registro: _____	Assinatura: _____	
Profissional e n° registro: _____	Assinatura: _____	

Imagem 04: Guia de referência para preenchimento dos profissionais da equipe multidisciplinar.

Fonte: arquivo pessoal

Passo aos enunciados. Nos laudos analisados, imediatamente chama a atenção a ordem discursiva. O preenchimento dos itens com palavras curtas, sentenças breves, termos lacônicos, quase que “frases de ordem”, tão aparentemente da ordem da verdade a fim de legitimar ou respaldar a necessidade da compulsoriedade da internação, lembram “formas ritualizadas, como para sinaliza-los a distância.” (FOUCAULT, 2014 [1970], p. 7). Esses enunciados, sob o estatuto da ciência, parecem marcar de forma ubuesca o perigo desses discursos que proliferam indefinidamente e produzem procedimentos de exclusão, tal como previra Foucault, n’*A Ordem*

do Discurso. Passemos ao interior desses laudos e seus enunciados, essas proposições aparentemente verdadeiras, essa teratologia do poder⁶³.

Instauro a discussão da primeira série de discursos, onde gostaria de apresentar as tecnologias de produção de um diagnóstico, pretensamente científico e socio-funcionalmente defensável. No campo *história da doença atual* – preenchido pelo médico e no campo *motivo e justificativa para internação (com avaliação dos riscos)*⁶⁴ – preenchido pelos profissionais da equipe multidisciplinar justifica-se a internação segundo padrões classificatórios, sua natureza em função de parâmetros de normalidade, marcando a figura do indivíduo a corrigir ou o incorrigível cujas características e respectiva classificação é dada justamente em referência às normas emanadas do exercício do poder disciplinar, identificadas pelas sanções e os exames, como versou Foucault, em *Os Anormais* (2013 [1974-75], p. 48).

À luz da empreitada de Agamben, o conceito de “vida sem valor” (ou “indigna de ser vivida”) é a nova categoria jurídica que corresponde a vida nua do *homo sacer*. É como se toda valorização e toda “politização” da vida (como está implícita, no fundo, na soberania do indivíduo sobre a própria existência) implicasse necessariamente em uma nova decisão sobre o limiar além do qual a vida passa a ser politicamente relevante, é então somente “vida sacra” e, como tal, pode ser impunemente eliminada. Toda sociedade fixa esse limite, toda a sociedade – mesmo a mais moderna – decide quais sejam os seus “homens sacros”. (AGAMBEN, 2010 [1995], p. 135).

De 2010 a 2016 internaram-se sujeitos compulsoriamente pelos seguintes motivos: “Alcoolismo.”; “Etilismo.”; “Uso contínuo e abusivo de álcool.”; “Uso crônico de álcool.”; “Alcoolista.”; “Alcoolista pesado.”; “Dependência química de álcool e tabaco.”; “Dependente de bebida alcoólica compulsivamente.”; “Etilismo severo e progressivo.”; “Alcoolismo de muito tempo, com períodos de abstinência.”; “Uso de vinho.”. Tais caracterizações frágeis são seguidas pela referência à frequência e à quantidade de consumo⁶⁵: “Faz uso diário de álcool.”; “Tomando um litro de cachaça por dia.”; “Usa uma garrafa de cachaça por dia.”; “Bebe cachaça diariamente.”; “Há mais de um mês bebendo sem pausa.”; “Ingestão excessiva de álcool.”; “Apresenta-se alcoolizado frequentemente.”; “Há duas horas sem ingerir álcool.”.

⁶³ “Teratologia” do poder é termo usado por Foucault em *A ordem do Discurso*.

⁶⁴ Os riscos merecem uma discussão, que travo a seguir.

⁶⁵ Conforme apresentando no terceiro capítulo a referência ao consumo (quantidade e frequência) é sempre problemática.

Sublinho a sinalização do uso da *cachaça*. Insisto aqui que, historicamente, a *cachaça* (conforme argumentado no terceiro capítulo), apresenta-se relacionada aos mais pobres, sinalizando um delineamento socioeconômico, que exploro a seguir: “*Dependência de bebida alcoólica (principalmente a cachaça).*”; “*Uso de álcool (cachaça).*”; “*Tomando um litro de cachaça por dia.*”; “*Etilismo severo (01 litro de cachaça por dia).*”; “*Bebe cachaça diariamente.*”; “*Usa uma garrafa de cachaça por dia.*”; “*Dependente de bebida alcoólica compulsivamente (cachaça).*”; “*Uso de cachaça pura.*”; “*Uso de cachaça.*”; “*Consome em média meio litro de cachaça por dia.*”.

Atentemos para a manutenção de um mesmo tipo de enunciado cuja finalidade consiste em marcar e qualificar nosologicamente o beber “patológico”, mas que não se nega a tarefa de normalizar outros comportamentos: “*Tabagista pesado*”, “*Fuma 10 carteiras de cigarro por dia.*”, “*Fumante (02 carteiras de cigarro por dia).*”, e encontra na história do uso de álcool a força (supostamente evidente) para legitimar o quadro atual: “*Bebe desde aproximadamente os 15 anos.*”; “*Etilista há 20 anos.*”; “*Alcoolismo de longa data.*”; “*Bebe desde criança.*”; “*Dependência de álcool desde os 13 anos.*”; “*Dependente de bebida alcoólica há 26 anos.*”; “*Intensificou o uso há mais ou menos 10 anos após a sua aposentadoria.*”; “*Uso de álcool há mais de 20 anos.*”; “*Já ficou 15 anos em abstinência após tratamento.*”; “*Faz uso de álcool há mais de 30 anos.*”; “*Nos últimos 20 anos intensificou o uso, fazendo uso diário e em grande quantidade.*”; “*Usuário de álcool há mais ou menos 08 anos.*”; “*Usa álcool desde os 14 anos.*”; “*Histórico crônico de alcoolismo desde a adolescência.*”.

Nesses enunciados, identificam-se estratégias de patologização do *alcoologista* cuja referência se dá em relação a mecanismos de normalização e não ultrapassa a sujeição de códigos morais, onde o parâmetro seria o beber moderado ou o não beber. Nessas práticas de categorização e produção dos viventes, nesse olhar fundador se pronunciam discursos de estrutura pretensamente científica, mas sob parâmetros evidentemente problemáticos. Vê-se o poder disciplinar e suas estratégias de investimento político do corpo, tencionando para a produção de corpos dóceis e submissos (FOUCAULT, 2013, p. 28 [1975]) a partir de imperativos morais.

Dessa perspectiva, na saliência de enunciados de ordem do poder disciplinar, sigo no mesmo campo médico (*história da doença atual*) e no campo *tratamento e atividades que o usuário realiza nos serviços (grupos, oficinas, potenciais, atendimentos)* preenchido pelos profissionais, onde encontra-se a existência de estratégias, atitudes ou condições de resistência por parte dos sujeitos *alcoologistas*, uma micropolítica de resistências se constrói, um caminho já conhecido “lá onde há poder há resistência” (FOUCAULT, 2015, p. 104 [1976]): “*Não adere*

ao tratamento ambulatorial.”; “Não responde a intervenção extra-hospitalar adequada.”; “Histórico de várias internações.”; “Não aceita tratamento.”; “Tem 02 internações anteriores.”; “Não aceita internação.”; “Dificuldade de aderência ao tratamento ambulatorial.”; “Inserido em grupoterapia e medicação, sem adesão.”; “Já sofreu processo de desintoxicação.”; “Esgotadas todas as possibilidades de tratamento ambulatorial.”; “Com internações prévias.”; “Baixa aderência ao tratamento ambulatorial.”; “Resistente ao tratamento”; “Má aderência.”; “Histórico de internações múltiplas.”; “Não está fazendo uso da medicação prescrita pelo médico.”; “Nos últimos meses intensificou o uso e abandonou o tratamento ambulatorial.”; “Várias internações, sem resultado positivo.”; “Etilista pesado com vários tratamentos anteriores sem melhora significativa.”; “Baixa resposta terapêutica.”; “Histórico de internações hospitalares.”; “Baixa motivação terapêutica.”; “Não colaborativo.”; “Já foi encaminhado para internação em [data], porém fugiu no mesmo dia.”; “Nega seu problema.”; “Acha que não precisa de ajuda.”; “Nega prejuízos em função do uso do álcool.”.

As resistências, que pretendia encontrar nos enunciados dos profissionais – através dos enunciados produzidos nos laudos, uma das hipóteses desse estudo – aparecem no outro limite, nos comportamentos e negações dos sujeitos *alcoolistas*: são corpos que resistem, que seguem resistindo apesar das “internações múltiplas”, das relações disciplinares e de todo um investimento e estratégias do biopoder e da biopolítica. Essas resistências “[...] possíveis, necessárias, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas, arrastadas, violentas, irreconciliáveis, prontas ao compromisso, interessadas ou fadadas ao fracasso” (FOUCAULT, 2015, p. 104 [1976]) existem nesse campo estratégico das relações de poder. Reativas ou não ativas, defensivas e não expansivas, são índices de uma luta, de um conflito de forças e indicam que algo não vai bem na saúde ideal que o mercado apregoa. As resistências lutam pela autonomia a partir do lugar de quem não a tem (MARTINS, 2004, p. 31).

Nessa série regulamentadora (da ordem do governo) e normatizante (da ordem das disciplinas) sobre os corpos dos sujeitos, nesse controle minucioso, observam-se lógicas de biopoder e biopolítica, essas variáveis que se situam no ponto de intersecção entre os movimentos próprios à vida e os efeitos das instituições (FOUCAULT, [1976], 2015). Nessa direção, nos itens *condições de saúde física atualmente (data da última avaliação); doença clínica associada e qual tratamento*, no laudo dos profissionais da equipe multidisciplinar e *exame*⁶⁶ *físico*, no laudo médico, vê-se a correlação estreita entre os comportamentos

⁶⁶ O exame garante a visibilidade das diferenças individuais. No exame a superposição das relações de saber e de poder alcança sua forma máxima, pois o exame liga certo tipo de formação de saber a certa forma de exercício de

desalinhados dos alcoolistas e a prática médica: “[...] o aumento do cuidado médico foi claramente traduzido por uma certa forma, ao mesmo tempo particular e intensa, de atenção ao corpo.” (FOUCAULT, 2017, p. 72 [1984]). Parece que uma existência racional não pode desenrolar-se sem uma prática de saúde, denominada pelo francês como *hygiène pragmateia ou techne*, essa percepção, de certa forma médica, do mundo atual (FOUCAULT, 2017, p. 129 [1984]).

Identifica-se enunciados sobre as condições globais de saúde dos sujeitos (que podem estar associados ao álcool ou não): “*Paciente⁶⁷ bastante debilitado clinicamente.*”; “*Debilitado.*”; “*Necessita internação para dar conta de doença clínica (câncer).*”; “*Está com a saúde debilitada.*”; “*Prejuízos clínicos.*”; “*Seguidamente é atendido na emergência do Pronto Socorro.*”; “*Emagrecido. Dificuldade em alimentar-se.*”; “*Dificuldade para deambular.*”; “*Fraqueza.*”; “*Prostração severa.*”; “*Debilidade mental.*”; “*Não consegue se alimentar.*”; “*Comprometimento clínico.*”; “*Alteração de sono.*”; “*Bastante debilitado.*”; “*Mal estado geral.*”; “*Comprometimento grave.*”; “*Dores no corpo.*”; “*Não se alimenta.*”; “*Fez uso de fralda.*”; “*Convulsão.*”; “*Tumor na cabeça e pescoço, já em investigação.*”; “*Teve meningite quando criança.*”; “*História de epilepsia.*”; “*Dores lombares acentuadas.*”; “*Prostrado. Lento.*”; “*Emagrecimento.*”; “*Tremores musculares.*”; “*Histórico de agressividade.*”; “*Problemas de audição.*”; “*É hipertenso, em tratamento medicamentoso.*”; “*Diz ter sofrido três paradas cardiorrespiratórias.*”; “*Hipertenso e diabético.*”; “*Sobrepeso.*”; “*Lesão no pé direito.*”; “*Problemas de coluna.*”; “*Apresenta insuficiência vascular crônica, devido a um trauma vascular.*”;

Depois da avaliação global, aparecem os enunciados dos sintomas decorrentes do uso prejudicial de álcool: “*Sintomas severos de abstinência.*”; “*Neuropatia leve.*”; “*Debilitado pela bebida.*”; “*Intoxicado*”; “*Delirium tremens.*”; “*Sinais de polineuropatia alcoólica.*”;

poder, resultando em um arquivo inteiro com detalhes e minúcias que se constitui no nível dos corpos e dos dias. (FOUCAULT, 2013 [1975]).

⁶⁷ O uso do termo paciente merece uma discussão. Claramente seu uso faz referência ao modelo médico-organicista. Adiante, sigo na esteira do pensamento do professor André Martins, do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva e Departamento de Medicina Preventiva da UFRJ, quando afirma que “[...] a crença na Ciência – como toda crença, nada científica – tende a levar o médico que a ela adere consciente ou inconscientemente a assumir uma posição de onipotência diante da dita doença do paciente e, por conseguinte, diante do próprio paciente. Aquele passa a ser visto como devendo necessariamente submeter-se a sua tutela, de modo por vezes incondicional. Algo da ordem de uma abdicação temporária – enquanto for ‘seu paciente’ – de sua autonomia, de seu poder de reflexão sobre si mesmo, de decisão sobre si, de conhecimento intuitivo e, sobretudo, vivencial de si mesmo. [...]. É esta crença na ‘verdade científica’ que faz com que o médico acredite que pode, ou mesmo deve, se dar ao direito de invadir a autonomia do indivíduo para lhe impor a ‘verdade’. Ou, ao menos, o discurso da ‘verdade científica’ é o que lhe serve de alibi para o exercício de poder sobre o paciente. De um modo ou de outro, este poder é exercido como se fosse de direito, necessário e inevitável – mas não é nem de direito nem necessário para o tratamento.” (MARTINS, 2003-2004, p. 25).

“Polineuropatia alcoólica.”; “Quadro de abstinência alcoólica.”; “Sintomas de abstinência.”; “O uso de álcool está comprometendo sua saúde.”; “Sudorese, calafrios, febre e síndrome de abstinência alcoólica.”; “Já apresentou crise convulsiva pela abstinência.”; “Graves crises convulsivas.”; “Sintomas severos de abstinência.”. Finalmente, há referências a abstinência do álcool como medida ou ideal a ser buscado: “Fez cirurgia de câncer de pele, não pode mais beber por causa do tratamento do câncer.”; “Necessidade urgente de desintoxicação.”; “Precisa abstinência para tratar de câncer de garganta.”.

Observemos a proximidade dessas tecnologias de controle do corpo e a produção de uma corporalidade em referência ao corpo saudável e abstinente. Sigo na esteira da obscuridade desses discursos e seus critérios incipientes no diagnóstico da Síndrome da Abstinência Alcoólica, por exemplo, que a literatura científica apresenta como evidente à prática clínica (LARANJEIRA et al., 2000; GIGLIOTTI; BESSA, 2004; EDWARDS; GROSS, 1976), que antes discuti no presente texto. Os enunciados acima apresentados parecem declarar a epistemologização sempre problemática dessas disciplinas e escancaram o papel normalizador desses saberes que têm respaldo científico-jurídico (uma vez que a internação compulsória aconteceu mediante essas indicações), mesmo quando pronunciados de forma tão frágil, imperita, fraca, desaplicada. Vê-se o ubuesco do poder. O problema parece ser o funcionamento das normas em relação aos saberes, sobretudo o médico (leia-se a quase obrigatoriedade da submissão ao tratamento de câncer) e as práticas jurídicas e políticas.

Ora, o biopoder é uma das modalidades específicas assumidas pelo poder nesse dispositivo aqui analisado. O corpo, para Butler (2015a) e sob esse viés, é onde encontramos uma variedade de perspectivas que podem ou não ser nossas. O modo como somos apreendidos, e mantidos, depende fundamentalmente das redes sociais e políticas em que esse corpo vive, de como é considerado e tratado, de como essa consideração e esse tratamento possibilitam essa vida ou não tornam essa vida vivível. Infere-se daí então que certos tipos de corpo parecerão mais precários a depender das modalidades de vida que sugerem, em sua existência ou em sua morfologia. Daí, uma divisão a ser feita entre vidas mais humanas e outras precárias. Esses enquadramentos normativos estabelecem de antemão que tipo de vida será digna de ser vivida, que vida será digna de ser preservada e que vida será digna de ser lamentada (BUTLER, 2015a, p. 85).

Na esteira dos enunciados reguladores sobre o corpo e da divisão de sua humanidade, chama a atenção o dispositivo da medicalização. No campo destinado aos *medicamentos em uso e dosagem*, em todos os laudos analisados, havia a indicação médica para uso de psicofármacos, principalmente benzodiazepínicos (*diazepam*, de 10mg e *clonazepam*, de 02mg

- “*apenas em uso de rivotril*”); antipsicóticos (*clorpromazina*, de 100 mg); anticonvulsivantes e estabilizadores de humor (*carbamazepina*, de 200mg e *valproato de sódio*, de 500mg) e antidepressivos (*fluoxetina*, de 25mg; *paroxetina*, de 20mg; *sertralina*, de 25 mg; *amitriptilina*, de 25mg). Ainda chama atenção a prescrição, quase generalizada, de *dissulfiram*, de 250mg. Atentemos para os enunciados sobre o uso dessa medicação:

Produzido em 1948, o *dissulfiram* é um fármaco muito utilizado para o tratamento do *alcoolismo* nos EUA. É rapidamente absorvido no trato gastro-intestinal (70 a 90%), acumulando-se no tecido adiposo com altas concentrações no fígado, nos rins e nos músculos. O *dissulfiram* deverá ser iniciado somente 12 horas após a última ingestão do álcool, podendo ser prescritos inicialmente 500 mg por dia (02 comprimidos), por 1 a 2 semanas. Na manutenção, poderão ser utilizadas doses menores, em torno de 250 mg. O tempo de tratamento é definido pelos padrões de melhora no *status* psicossocial do *paciente* (grifo meu) e pela aquisição de autocontrole para o comportamento de beber. Em consequência do uso do *dissulfiram*, o paciente ao ingerir álcool, em vez de ter reações agradáveis como euforia leve e descontração, passaria a sentir náuseas, vômitos e outros sintomas desagradáveis, que desestimulariam seu uso. Dessa forma, o *dissulfiram* agiria como um “freio externo” (aspas do autor), devido ao conhecimento prévio do aparecimento de reações desagradáveis consequentes ao ato de beber. (CORDIOLI, 2005, p. 185).

Não me pretendo exaustiva sobre a prescrição indiscriminada de medicamentos psicotrópicos, já bastante discutidos na literatura (CAPONI et al., 2010; WHITAKER, 2017 [2010]); contudo, quero marcar a referência ao corpo abstêmio como ideal a ser alcançado e a sempre urgência da medicalização como estratégia biopolítica (IGNÁCIO; NARDI, 2007). Pela mediação da biopolítica ocorreu uma medicalização do espaço social, pela qual a medicina passou a regular os corpos no registro individual e coletivo. Estamos lançados assim no campo da higiene social, muito similar à que dominou o processo de medicalização ao longo do século XIX (BIRMAN, 2007). Os achados acima ainda corroboram com a discussão de Biehl (2004, 2016) sobre o ativismo de estado: farmacêuticamente presente (através de mercados), mas em geral institucionalmente ausente.

O repertório dos saberes é vasto e tenaz. Não se esgotam aqui os enunciados referentes aos problema específico da normalização em referência ao corpo saudável e abstêmio. A análise da construção do diagnóstico do *alcoolista*, alvo da internação compulsória, permite ver as condições de emergência de um discurso psicológico e científico sobre a cotidianidade da vida. Nota-se aqui um deslocamento daquilo que o sujeito bebe e suas consequências clínicas para quem o sujeito é, como sente e vive. Tais enunciados, de matriz psicológica, presentes na justificativa para internação que situam o sujeito doente, permitem encará-lo, dissecá-lo, esquadrinha-lo, esmiúça-lo na sua existência. Essas marcações psicológicas outorgam a percepção da doença com um status de objetividade, através da integração de elementos para

apreendê-la na “[...] verdade mais profunda de sua existência também e na infelicidade mais radical” (FOUCAULT, 1975, p. 59).

Atentemos para a produção dos enunciados que sustentam a expansão da normalização através da transcrição por escrito dessas vidas, um processo de objetivação e sujeição: “*Mania*⁶⁸.”; “*Heteroagressivo.*”; “*Apresenta sintomas depressivos associados.*”; “*Agitado.*”; “*Regressivo.*”; “*Dependência materna.*”; “*Juízo crítico prejudicado.*”; “*Desorientado quanto a idade.*”; “*Evidencia-se traços de agressividade (heteroagressivo) e nervosismo.*”; “*Juízo crítico prejudicado.*”; “*Juízo crítico levemente prejudicado.*”; “*Negação da doença.*”; “*Projeta os problemas nos outros.*”; “*Agressividade.*”; “*Crises depressivas.*”; “*Depressivo.*”; “*Comprometimento psíquico.*”; “*Sintomas de tristeza, esquecimentos, prejuízos ocupacionais, impulsividade, nervosismo, crises de ansiedade.*”; “*Comprometimento psíquico grave.*”; “*Agitação psicomotora.*”; “*Heteroagressivo quando alcoolizado.*”; “*Agressivo e simbiótico com a mãe.*”; “*Atualmente confuso e com sintomas demenciais.*”; “*Labilidade afetiva.*”; “*Humor moderadamente deprimido.*”; “*Desorientado em tempo e espaço.*”; “*Delírios.*”; “*Prejuízo cognitivo grave.*”; “*Caso grave.*”; “*Discurso confuso com alucinações auditivas.*”; “*Déficit cognitivo.*”; “*Esquecimentos.*”; “*Suicida.*”; “*Sintomas depressivos graves.*”; “*Choro fácil.*”; “*Alucinações visuais e auditivas.*”; “*Ideação suicida.*”; “*Sintomas paranoides e persecutórios.*”; “*Dificuldades para dormir, tem sonhos com a morte.*”; “*Apresenta sentimentos de medo, delírios persecutórios, sintomas psicóticos, falta de ar.*”; “*Comprometimento grave.*”; “*Sugere-se acompanhamento em psicoterapia individual durante a internação para trabalhar demandas reprimidas, sentimentos, medos e ansiedades.*”; “*Agressivo verbalmente.*”; “*Discurso desconexo e fantasioso.*”; “*Desorientação.*”

Vê-se os enunciados instrumentalizadores e militantes do império do poder disciplinar e do biopoder e seu desejo de organizar, conhecer e controlar a vida e a função sempre urgente de produzir sujeitos normais e, além disso, úteis. Esses enunciados parecem fortalecer e patrocinar a conexão basilar entre a doença mental, exclusão social e reabilitação, a despeito e independentemente da imprecisão e inconsistência dos termos. Desde a vagueza conceitual das sentenças às conclusões dos exames lançadas quase ao acaso no intuito de construir um diagnóstico e produzir um caso, assistimos “[...] a curiosíssima relação – eu ia dizendo: a ausência de relação – entre a prática psiquiátrica e, digamos assim, os discursos de verdade.” (FOUCAULT, 2006, p. 165 [1973-1974]).

⁶⁸ Provavelmente, em referência ao episódio maníaco, do transtorno afetivo bipolar, conforme os manuais da CID 10 e DSM-V.

Para compreender devidamente esse movimento é preciso inscrevê-lo no campo da biopolítica. É a relação com o sujeito *alcoolista* e a sua família um dos principais critérios que o diagnóstico e o prognóstico irá se prender. O espaço social foi então meticulosamente esquadrihado, de forma que as categorias do normal, do anormal e do patológico passaram a definir as ações normativas dos dispositivos biopolíticos (FOUCAULT, 2015 [1976]). A periculosidade social se enunciou como uma problemática crucial neste contexto. Enfim, as classes perigosas passaram a ser um dos alvos fundamentais da regulação biopolítica.

Observemos a overdose de enunciados com referências ao modelo familiar e seus perigos, da ordem do dispositivo da segurança e da gestão dos riscos. Nessa coleção, proliferam padrões, paradigmas, parâmetros na tentativa de produção de um diagnóstico: *“Paciente separado. Tem 02 filhos”*; *“Mora com a mãe e um irmão. É solteiro. Tem frequentes discussões com a mãe e o irmão, em função do uso de álcool (SIC).”* *“Casado. 02 filhos. Problemas com a Lei Maria da Penha.”*; *“Mora com a mãe idosa. Tinha companheira, mas em função do uso rompeu relacionamento.”*; *“Família confusa, dificuldades de relacionamento em função do alcoolismo.”*; *“Mantém bom vínculo com a namorada.”*; *“Mora sozinho. Divorciado. Recebe apoio das filhas quando em crise.”*; *“Mora com os pais idosos. É solteiro. Agrida os pais.”*; *“Separado. Tem filhos. A família cansou de ajudá-lo.”*; *“Separado. Mora com a mãe idosa e com insuficiência respiratória.”*; *“Mora com a esposa. Tem 05 filhos, um deles é dependente químico e mora no porão da casa.”*; *“É separado, mas mantém bom contato com a esposa e filhos, que lhe ajudam.”*; *“Mora com o esposo, também alcoolista”* *“Mora com a esposa que também é dependente química de álcool.”*; *“Mora com a esposa, possui filhos que o auxiliam.”*; *“Vínculo bom com a esposa.”*; *“Dinâmica familiar comprometida.”*; *“Não tem parentes na cidade.”*; *“Fica agressivo com a família e com vizinhos quando bebe.”*; *“Apanhou do filho porque ficou agressivo quando bebeu.”*; *“Mora com a esposa e filhos. Os filhos referem que a situação doméstica está insustentável.”*; *“Graves conflitos familiares.”*; *“Já estive prestes a separar judicialmente em função do alcoolismo.”*; *“Vínculos familiares fragilizados.”*; *“Separou-se da esposa. Não teve filhos.”*; *“É separado, mora com a mãe. Tem uma irmã que lhe ajuda.”*; *“Mora com a tia. Vínculo fragilizado com a mãe.”*; *“Heteroagressivo quando alcoolizado. Mora com a mãe. Tem processo judicial em andamento pela Lei Maria da Penha.”*; *“Mora com a mãe idosa, a mãe apresenta importante sofrimento.”*; *“Solteiro sem filhos.”*; *“Mora com o irmão, ambos sem filhos.”*; *“Pais falecidos.”*; *“Tem parentes na cidade, mas pouco se relacionam.”*; *“Vínculos familiares rompidos.”*; *“Mora com a esposa, sem filhos.”*; *“Separado da esposa. Filhos também são usuários. Conflitos familiares importantes. Sem renda fixa.”*; *“Separado da esposa. Tem um filho, mas o vínculo está*

fragilizado.”; “Tem apenas um tio que está lhe oferecendo suporte.”; “Foi casado duas vezes.”; “Tem importante apoio dos familiares.”; “Mora no porão da casa do irmão.”; “Mãe faleceu quando tinha 12 anos.”; “Está separado há 10 anos, porém sua esposa está lhe ajudando.”; “Tem 07 filhos, nenhum sob sua guarda ou tutela.”; “Morava com a mãe que vai mudar de residência pois foi beneficiada por programa habitacional por morar em área imprópria (beira-trilhos). A mãe não vai leva-lo pois na nova casa não há espaço.”; “Cuidado pelos filhos.”; “Reside com a esposa, que também faz uso de álcool, ele tem filho com ela e com outras mulheres.”; “A esposa estava internada em comunidade terapêutica, mas recaiu logo após receber alta.”; “Desestrutura familiar.”; “Mora com a esposa e filhos.”; “Relacionamento conflituoso com a filha mais velha. O filho mais novo é usuário de drogas e tem comportamento heteroagressivo.”; “Vínculos familiares fragilizados”; “Mora com a família. Possui moradia.”; “Esposa faz tratamento do CAPSad.”; “Solteiro, já foi amigado e não possui filhos.”; “Mora com os pais aposentados, com um irmão que sofreu um acidente (queda no estádio de futebol) e com uma irmã que possui deficiência intelectual. Tem 04 irmãos, sendo que um faleceu quando era criança.”; “Mora com o pai idoso, recebe apoio do pai.”; “Rede de apoio familiar preservada.”; “Moradia própria. Mora com familiares.”; “Faz ameaças à esposa.”; “Filhos solicitam internação compulsória para a mãe e para o pai.”; Mora sozinho em uma casa de dois pisos. Esposa mora no piso inferior, devido a [nome] ser muito agressivo e se expor a situações de risco.”; Mora com a mãe, que tem problemas de saúde e com o irmão que é usuário de álcool e drogas. Seu pai é falecido, também era usuário de álcool.”; “Mora com a mãe. Recebe importante apoio da família.”; “Mora com os pais e com o irmão mais novo.”; “Mora nos fundos da casa da mãe.”; “Tem filhos, mas nenhum sob sua guarda.”; “Separado da família.”; “Mora com a esposa e um enteado. Bom relacionamento, porém o uso de álcool está atrapalhando.”; “Tem filhos e irmãos, mas não mantém vínculos.”.

A despeito de todos aqueles que celebram (ingenuamente ou não) os méritos da família, os documentos mostram que ela logra de poder na defesa dos seus interesses e desejos. Os enunciados deixam claro que a convivência familiar tem seus custos. No entanto, ao que parece, é justamente a família que se busca proteger: *“Brigam com frequência, porque o pai lhe provoca, acabam partindo para agressões físicas. O pai também é nervoso.” “O alcoolismo gera conflitos e agressividade familiar.”; “Mora com os pais idosos. Quando alcoolizado, quebra as coisas dentro de casa.”; “Agressivo com os pais idosos.”; “Mora com os pais que são idosos e doentes.”; “Conflitos familiares importantes.”; “Não aceita morar com os filhos. Atualmente morando na rua. Filhos oferecem apoio adequado.”; “A família tenta ajudar, mas*

ele não aceita.”; “Voltou a beber de forma abusiva nos últimos cinco meses, ficando agressivo com a família.”; “Encaminhado a família para suporte familiar.”; “Mora sozinho, perturba a vizinhança”; “Dinâmica familiar e social prejudicada, em função do uso de álcool e transtorno mental do paciente.”; “Esposa solicita internação compulsória por ser necessário contenção.”; “Quem procura ajuda são os filhos e a ex-esposa.”; “O filho irá solicitar a compulsória. Bom suporte familiar.”; “Depende financeiramente do irmão.”; “Não segue regras e rotinas familiares.”; “Familiares apresentam sofrimento significativo devido a situação do paciente.”; “Faz ameaças aos familiares.”; “Já agrediu fisicamente a mãe (idosa), quebrou o braço dela, em função disso a mãe saiu de casa e está morando com outro filho.”; “Os familiares apresentam sofrimento significativo.”; “Família exausta.”; “Agressivo com a família.”; “Suspeita de violência intrafamiliar.”; “Agressivo com familiares.”.

A exposição exaustiva dos dados não se dá ao acaso. Estou aqui com Butler (2015a, p.237), para quem a produção normativa dos sujeitos é um processo de iterabilidade – a norma é repetida e, nesse contexto, está constantemente “rompendo” com os contextos delimitados como as condições de produção, deslocando-se para outros, produzindo novos significados. O que desejo mostrar, grosso modo, é a previsibilidade do discurso e a implacabilidade do modelo familiar como tecnologia no interior dos dispositivos de governo que, em última instância, faz funcionar a regularidade do dispositivo da internação compulsória. É sobre o fundo dessa rede de poder familiar que aparecem os desvios, deslizos, descuidos e erros que vão produzir o sujeito alvo da internação compulsória. Em outras palavras, o profissional de saúde tem de enfrentar – antes de lidar com o alcoolismo, as relações que perpassam a instituição familiar, seus perigos, violências, redes, pontos de apoio, diferenças que caracterizam uma forma de poder e que são constitutivos da urgência do dispositivo. O sujeito da internação compulsória é uma espécie de efeito, antes de tudo e até mesmo da sua relação com o álcool, das relações familiares. O problema que se coloca é que essas noções e modelos são produtores de extenso número de enunciados tomados como científicos, legítimos e verdadeiros.

Retomo, aqui, o curso *O poder psiquiátrico*. Foucault coloca o funcionamento e a microfísica da família, essa instância de coerção que vai fixar permanentemente os indivíduos nos aparelhos disciplinares. A família tem esse duplo papel de vinculação dos indivíduos aos aparelhos disciplinares, de junção e de circulação dos indivíduos de um dispositivo a outro. Quando a família se deteriora e não desempenha mais a sua função, logo são instaurados os dispositivos disciplinares que tem por função paliar o enfraquecimento familiar (FOUCAULT, 2006, p. 100-101 [1973-1974]) É justamente dessa relação entre disciplina e família que nasce a função *psi*, empreitada institucional que possibilitará a (re)familiarização do indivíduo.

A família ocupa lugar fundamental na análise foucaultiana da biopolítica na modernidade. Os enunciados acima apresentados indicam como o dispositivo da biopolítica incide sobre a ordem familiar, não apenas marcando os seus personagens e suas práticas, mas também engendrando novas formas de subjetivação, certas maneiras de viver, certas subjetividades. O fato de o Estado desenvolver uma série de razões, segundo as táticas de governo, para regular as famílias, é mais uma prova de que ele responde a essas insurgências consolidando e ampliando seu poder com relação às disposições biopolíticas. Rupturas na formação da família ou nas disposições de parentesco que não se apoiam na linha de patrilinearidade e nas normas corolárias da cidadania “[...] legitimam regulações e proibições estatais que aumentam o poder do Estado na imagem do pai, esse adulto ausente, esse fetiche cultural que significa uma maturidade baseada na violência.” (BUTLER, 2015a, p. 171).

Na problematização dos enunciados sempre normatizantes e ubuescos encontrados na análise do *corpus* desta pesquisa, recorro aos franceses Pierre Dardot e Christian Laval, em *A nova razão do mundo*⁶⁹, tal qual apresentado por Ana Carolina Welter e Sandra Caponi, sobre *A medicalização da vida através do espectro do sujeito neoliberal, o homem-empresa*, em roda de conversa, no III Fórum Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental, 2017. Assim, inscrevo o próximo arquivo de enunciados como sinais e sintomas de fracasso em uma sociedade neoliberal, de modo a desvelar a racionalidade neoliberal como modelo de subjetivação na contemporaneidade. Trata-se de compreender como a governamentalidade neoliberal escora-se num quadro normativo global que, em nome da liberdade e apoiando-se nas margens de manobra, orienta as condutas, as escolhas e as práticas e sobretudo a relação do sujeito consigo mesmo (DARDOT; LAVAL, 2016).

O sujeito neoliberal não está mais preso às redes tradicionais de dependência e de proteção, é a *propriedade* agora que o protege. A propriedade é o alicerce de recursos a partir da qual um indivíduo pode existir por si mesmo e não depender de um patrão ou da caridade de alguém. Por propriedade, deve-se entender, aqui, não apenas a propriedade dos bens, mas também a propriedade de si mesmo que estes bem tornam possível a condição da liberdade e independência. A propriedade é de fato a instituição social por excelência, no sentido que ela cumpre a função essencial de salvaguardar a independência dos indivíduos e de assegurá-los contra os riscos da vida. Essa construção levanta a questão do estatuto, ou da falta de estatuto, do *indivíduo não proprietário* (CASTEL, 2005).

⁶⁹ Cujá referência central pela qual se ordena toda a análise do neoliberalismo ensaiada é o curso *O nascimento da biopolítica*, de Foucault.

Cada sujeito foi levado a conceber-se e comportar-se, em todas as dimensões da sua vida, como um capital que devia valorizar-se (estudos universitários, constituição de poupança para a aposentadoria, compra da casa própria etc.):

Esse trabalho político e ético de responsabilização está associado a numerosas formas de “privatização” da conduta, já que a vida se apresenta (SIC) somente como resultado de escolhas individuais. O obeso, o delinquente ou o mau aluno são responsáveis por sua sorte. A doença, o desemprego, a pobreza e o fracasso escolar e a exclusão são vistos como consequência de cálculos errados. A problemática da saúde, da educação, do emprego e da velhice confluem numa visão contábil do capital que cada indivíduo acumularia e geraria ao longo da vida. As dificuldades da existência, a desgraça, a doença e a miséria são fracassos dessa gestão, por falta de previsão, prudência, seguro contra os riscos. Daí o trabalho pedagógico que se deve fazer para que cada indivíduo se considere detentor de um “capital humano” que ele deve fazer frutificar, daí a instauração de dispositivos que são destinados a “ativar” os indivíduos, obrigando-os a cuidar de si mesmos, educar-se, encontrar um emprego.” (DARDOT; LAVAL, 2014, p. 230-231)

Excerto esguio, mas concludente e cabal para dar conta da empreitada que travo. Essa fábrica do sujeito neoliberal está presente nas práticas discursivas e institucionais que engendram a figura do homem-empresa, favorecendo a instauração de uma rede de sanções, estímulos e comprometimentos que têm efeitos de produzir sujeitos. Atentemos para os enunciados produtores dos fracassos e falências que encontrei nos registros dessas vidas: *“Antes tinha uma vida organizada, sempre foi bastante trabalhador.”*; *“Não trabalha.”*; *“Não aceita tratamento”*; *“Não faz tratamento ambulatorial.”*; *“Faz tratamento ambulatorial, mas tem frequentes recaídas.”*; *“Prejuízos sociais.”*; *“Importante vulnerabilidade e fragilidade socioeconômica e familiar.”*; *“Recomenda-se encaminhá-lo ao mercado de trabalho e aos vínculos familiares.”*; *“Péssimas condições de moradia.”*; *“Péssimas condições de higiene.”*; *“Mal vestido.”*; *“Perturba a vizinhança.”*; *“Perdeu todos os documentos.”*; *“Prejuízos em várias áreas da vida.”*; *“Perdeu a carteira de motorista por dirigir embriagado.”*; *“Reside no albergue municipal.”*; *“Prejuízos nas relações familiares e em empregos.”*; *“Situação habitacional precária.”*; *“Mora em situações precárias.”*; *“Vulnerabilidade social.”*; *“Importante e grave vulnerabilidade familiar e social.”*; *“Residem de favor em uma casa cedida em situação precária.”*; *“Péssima condições de higiene e moradia.”*; *“Grave situação de vulnerabilidade socioeconômica.”*; *“Chega machucado em casa.”*; *“Quedas.”*; *“Se envolveu em acidente de trânsito onde morreram duas crianças.”*; *“Lerdo.”*; *“Bebe e incomoda muito.”*; *“Exposição moral.”*; *“Surtos de agressividade.”*; *“Mora na rua.”*; *“Heteroagressivo.”*; *“Exposição social.”*

O problema que aqui cabe discutir não é somente o ubuesco desses discursos que circulam segundo a ordem da escrita. O que é preciso observar é que esses enunciados logram

validade científica-judiciária na racionalidade neoliberal, quando o sujeito foi tomado como plenamente consciente, mestre de suas escolhas e plenamente responsável por aquilo que lhe acontece. A irresponsabilidade de um mundo que se tornou ingovernável em virtude de seu próprio caráter global tem como correlato a infinita responsabilidade do indivíduo por seu próprio destino, por sua capacidade de ser bem sucedido e ser feliz (DARDOT; LAVAL, 2014). Seguindo o quadro clínico do sujeito neoliberal vemos que a empresa de si mesmo tem dois rostos: “[...] o rosto triunfante do sucesso sem pudor e o rosto deprimido do fracasso diante dos processos incontrolláveis e das técnicas de normalização.” (DARDOT; LAVAL, 2014, p. 247). Nas vidas tornadas arquivo de minha pesquisa, o que encontrei foi a precariedade e o fracasso diante das exigências de êxito que estão em funcionamento nessa racionalidade. A próxima seção investiga esse *fracasso*.

4.2.1 (Des)emprego e (In)seguridade social

Na esteira de inteligir os discursos sobre as vidas precárias, a categoria etária, tal qual a de gênero, imediatamente convoca prudência, justamente porque vinculada às estatísticas e a certo discurso biopolítico. Gostaria, porém, de fazer uma leitura a partir da condição neoliberal que sustenta o dispositivo do alcoolismo que aqui descrevo. Assim, observo que a maior parte dos sujeitos internados encontra-se na faixa de idade entre 50 e 60 anos, adultos médios ou adultos finais, encaminhando-se para a velhice.

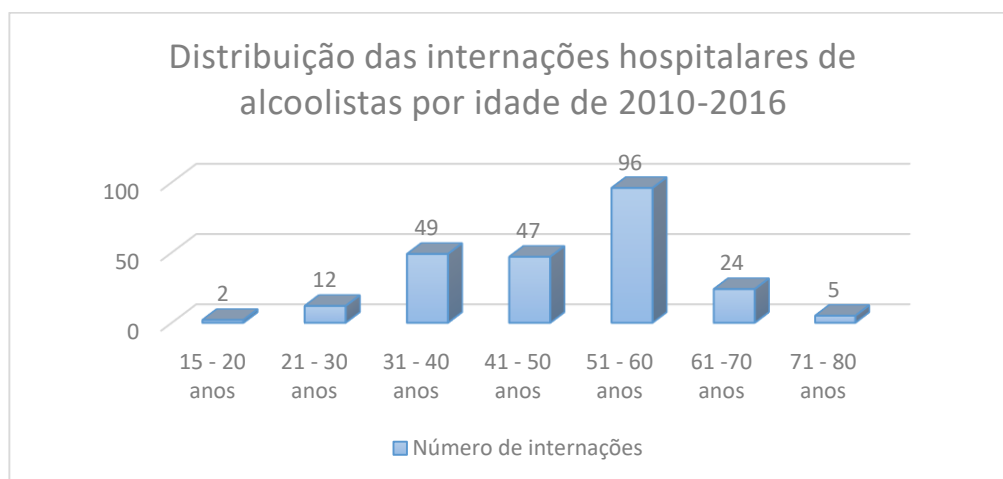


Gráfico 3: Distribuição das internações em Erechim/RS, entre 2010 e 2016, por idade

Fonte: produzido pela autora

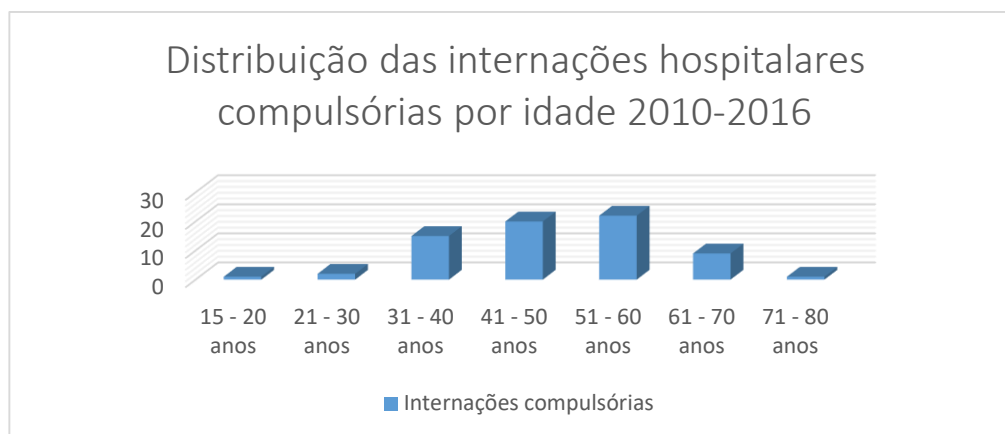


Gráfico 4: Distribuição das internações compulsórias em Erechim/RS, entre 2010 e 2016, por idade

Fonte: produzido pela autora

Essa marca etária me levou a investigar a relação com a seguridade social e o emprego. Lembro, inicialmente, que a duração da internação é de trinta dias, privando necessariamente os sujeitos de manterem qualquer atividade remunerada no período da hospitalização, já que é justamente em torno do emprego que continua a estar comprometida uma parte essencial do destino social da maioria da população. Analisados todos os prontuários, dividi os mesmo em 05 situações, conforme a categoria ora investigada:

1. *Emprego formal*: registro em carteira de trabalho e respectivo amparo em leis trabalhistas e previdenciárias.
2. *Desemprego ou informalidade*⁷⁰: sujeitos privados do acesso pleno aos direitos trabalhistas ou previdenciários, no momento da internação.
3. *Aposentados por invalidez*: a aposentadoria por invalidez é um benefício devido ao trabalhador permanentemente incapaz de exercer qualquer atividade laborativa e que também não possa ser reabilitado em outra profissão, de acordo com a avaliação da perícia médica do INSS. O benefício é pago enquanto persistir a incapacidade e pode

⁷⁰ Apesar de haver discrepância no uso dos conceitos e na mensuração da extensão da economia informal, existe uma compreensão amplamente difundida de que se tornou um fenômeno expressivo nos países subdesenvolvidos ou em transição e que começa a aparecer nos países centrais. Entre os autores que estudam o tema, há uma relativa concordância de que sob a noção da informalidade há uma grande diversidade de situações heterogêneas, que, em geral, correspondem a condições desfavoráveis aos trabalhadores: indefinição do local de trabalho, condições de trabalho prejudiciais à saúde e à segurança, baixos níveis de qualificação e de produtividade do trabalho, rendimentos baixos e irregulares, extensas jornadas de trabalho, falta de acesso à informação e à tecnologia, além das dificuldades para a obtenção de financiamento e para uma inserção legal no mercado. Os trabalhadores da economia informal, na maioria das vezes, não são reconhecidos pelas agências governamentais, são imprecisamente mensurados nas estatísticas oficiais, não estão contemplados pela legislação trabalhista e se beneficiam de forma limitada da seguridade social. Dessa maneira, estão impossibilitados de desfrutar plenamente dos direitos sociais que alicerçam a cidadania. E quando reivindicam outra forma de tratamento, raramente são ouvidos pelas autoridades públicas, por não estarem organizados e não terem representantes legítimos (KREIN; WEISHAUPT, 2010, p. 33)

ser reavaliado pelo INSS a cada dois anos. Inicialmente o *cidadão*⁷¹ deve requerer um auxílio-doença, que possui os mesmos requisitos da aposentadoria por invalidez. Caso a perícia-médica constate incapacidade permanente para o trabalho, sem possibilidade de reabilitação em outra função, a aposentadoria por invalidez será indicada (BRASIL, 2017⁷²).

4. *Aposentados por tempo de contribuição*: benefício devido ao *cidadão* que comprovar o tempo total de 35 anos de contribuição previdenciária, se homem, ou 30 anos de contribuição, se mulher (BRASIL, 2017).
5. *BPC – LOAS Benefício de Prestação Continuada*: o Benefício da Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) é a garantia de um salário mínimo mensal ao idoso com 65 anos ou mais ou à *pessoa*⁷³ com deficiência de qualquer idade com impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (que produza efeitos pelo prazo mínimo de 2 anos), que o impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas. Para ter direito, é necessário que a renda por pessoa do grupo familiar seja menor que 1/4 do salário-mínimo vigente. Por se tratar de um benefício assistencial, não é necessário ter contribuído ao INSS para ter direito a ele. No entanto, este benefício não paga 13º salário e não deixa pensão por morte (BRASIL, 2017).

De acordo com esses critérios a relação desses sujeitos com o trabalho e os respectivos direitos trabalhistas e previdenciários, ficou assim dividida:

⁷¹ Importante resgatar aqui que para a Previdência Social o sujeito com direitos previdenciários é chamado *cidadão*. O que remete às discussões de Joel Birman apresentadas no capítulo introdutório dessa dissertação, sobre o movimento da reforma psiquiátrica brasileira, cenário no qual o conceito de cidadania é a palavra-chave fundamental, e que, em razão do estatuto de alienação mental, ao louco é subtraída a possibilidade de inscrição no mundo da cidadania, no espaço da cidade, no mundo dos direitos (BIRMAN, 1992).

⁷³ Aqui se trata de *pessoa* e não *cidadão*, uma vez que o sujeito não possui a qualidade de segurado.

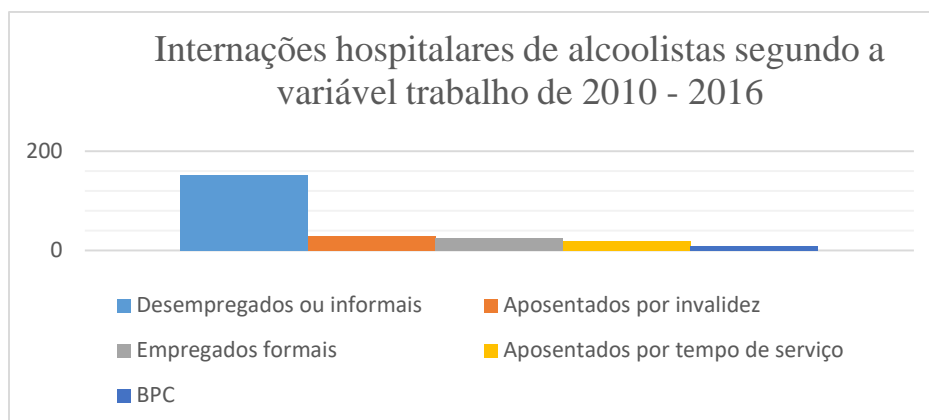


Gráfico 5: Distribuição das internações em Erechim/RS, entre 2010 e 2016, segundo relação de trabalho

Fonte: produzido pela autora

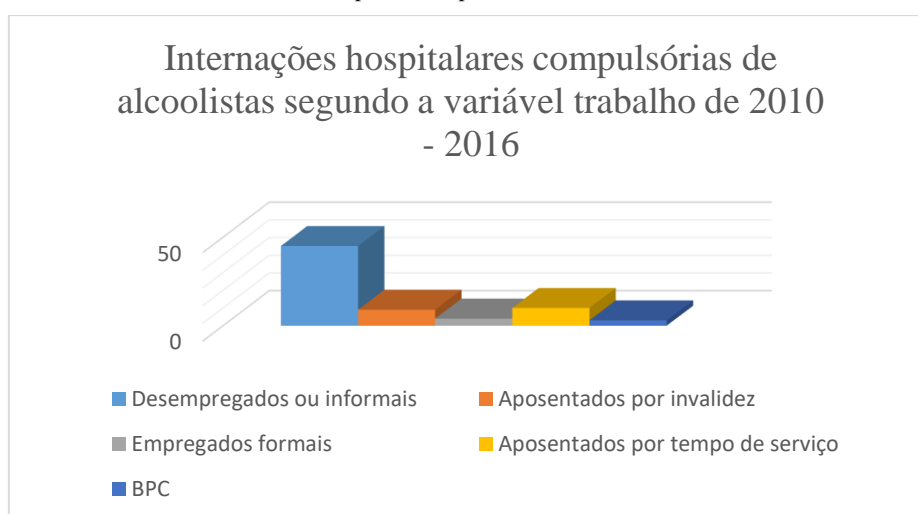


Gráfico 4: Distribuição das internações compulsórias em Erechim/RS, entre 2010 e 2016, segundo relação de trabalho

Fonte: produzido pela autora

Esse momento de caracterização dos sujeitos através da variável do trabalho foi bastante árduo, tanto pelo tempo que demandou na análise dos arquivos de prontuários quanto pela definição dos sujeitos segundo essa variável. Em termos gerais, a maioria dos sujeitos investigados está à margem do mercado formal de trabalho, sequer sendo possível caracterizar sua identidade sob a perspectiva da identidade profissional. Um fator merece destaque: na maioria dos casos de sujeitos desempregados no momento da indicação da internação hospitalar identificou-se a *manutenção da qualidade de segurado* junto ao INSS. A qualidade de segurado é a condição atribuída a todo *cidadão* filiado ao INSS que possua uma inscrição e faça pagamentos mensais a título de Previdência Social (BRASIL, 2016). Porém, a legislação previdenciária permite a *manutenção da qualidade de segurado*⁷⁴. Leia-se: para manter essa

⁷⁴ Mesmo em algumas condições sem recolhimento, esses filiados ainda irão manter esta qualidade, o que é denominado “período de graça”, vejamos: 1) sem limite de prazo enquanto o cidadão estiver recebendo benefício previdenciário, como auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, bem como auxílio-acidente ou auxílio-

qualidade sem limite de prazo nos casos de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez (situação dos sujeitos ora investigados), os sujeitos-cidadãos geram sucessivas perícias médicas previdenciárias para comprovar sua (in)capacidade laboral através de “[...] documentos médicos que comprovem a causa do problema de saúde, o tratamento médico indicado e o período sugerido de afastamento do trabalho.” (BRASIL, 2017). É requisito para o segurado comprovar a doença que o torna incapaz de trabalhar (BRASIL, 2017).

Aqui, encontra-se uma sutileza, um refinamento das estratégias do dispositivo do alcoolista. Vejamos: a incerteza em relação ao emprego e à sobrevivência (pois são sujeitos que estão afastados do mercado formal de trabalho por diversos motivos), aliada a incerteza quanto às decisões periciais junto ao INSS (a avaliação da capacidade laborativa depende da decisão do médico perito) implicam em maior dependência dos serviços de saúde para a comprovação da doença junto a instituição previdenciária. Participar do “tratamento” significa, nessas situações de doença e de restrição financeira, não a produção de estratégias de resistências ou a prática mais livre e crítica de si, mas a confirmação da necessidade de ser capturado por um diagnóstico, por um padrão nosológico para daí acessar o direito previdenciário. Em muitos prontuários, assim, a internação ocorria em período concorrente a situação de desemprego e a avaliação pericial previdenciária. Os serviços de saúde e a instituição previdenciária apresentam-se como dispositivos pelos quais o *alcoolista* é incessantemente capturado na dimensão mais basilar da sua existência: a sobrevivência.

De fato, todo dispositivo implica um processo de subjetivação, sem o qual o dispositivo não pode funcionar como dispositivo de governo, mas se reduz a mero exercício de violência (AGAMBEN, 2009). Como apontara Foucault, numa sociedade disciplinar, os dispositivos

suplementar; 2) até 12 (doze) meses após o término de benefício por incapacidade (por exemplo auxílio-doença), salário maternidade ou do último recolhimento realizado para o INSS quando deixar de exercer atividade remunerada (empregado, trabalhador avulso, etc) ou estiver suspenso ou licenciado sem remuneração; 3) até 12 (doze) meses após terminar a segregação, para os cidadãos acometidos de doença de segregação compulsória; 4) até 12 (doze) meses após a soltura do cidadão que havia sido detido ou preso; 5) até 03 (três) meses após o licenciamento para o cidadão incorporado às forças armadas para prestar serviço militar; 6) até 06 (seis) meses do último recolhimento realizado para o INSS no caso dos cidadãos que pagam na condição de “facultativo” Os prazos que foram listados acima começam a ser contados no mês seguinte à data do último recolhimento efetuado ou do término do benefício conforme o caso. Os prazos ainda poderão ser prorrogados conforme situações específicas: mais 12 (doze) meses caso o cidadão citado no item 2 da lista anterior tiver mais de 120 contribuições consecutivas ou intercaladas mas sem a perda da qualidade de segurado. Caso haja a perda da qualidade, o cidadão deverá novamente contar com 120 contribuições para ter direito a esta prorrogação; mais 12 (doze) meses caso tenha registro no Sistema Nacional de Emprego – SINE ou tenha recebido seguro-desemprego, ambos dentro do período que mantenha a sua qualidade de segurado; mais 06 (seis) meses no caso do cidadão citado no item 6 da lista anterior e que tenha por último recebido salário-maternidade ou benefício por incapacidade. Todo e qualquer cidadão em “período de graça” que fizer sua filiação ao RGPS como contribuinte “facultativo” e, depois disso, deixar de contribuir nessa condição poderá optar pelo prazo de manutenção da qualidade de segurado da condição anterior caso aquela seja mais vantajosa. (BRASIL, 2013).

visam através de uma série de práticas e discursos, saberes e exercícios, a criação de corpos dóceis, mas livres, que assumem a sua identidade e a sua liberdade de sujeitos no próprio processo de assujeitamento. Isso é o dispositivo: uma máquina que produz subjetivações e somente enquanto tal é também uma máquina de governo (AGAMBEN, 2009, p. 46).

Atento aos enunciados referentes ao emprego e seguridade social que se situam no campo “situação de trabalho, estudo ou benefício” materializados nos prontuários: *“Realiza trabalho informal da área da construção civil, não consegue trabalhar devido ao uso nocivo de álcool, colocando-se em situação de risco.”*; *“Aposentado.”*; *“Tem vínculo previdenciário.”*; *“Afastado do trabalho há muitos anos, sempre com vínculo previdenciário.”*; *“Na data da avaliação encontra-se em seguro-desemprego.”*; *“Não está trabalhando. Aposentado por invalidez.”*; *“Desempregado.”*; *“Não trabalha.”*; *“Sem vínculo previdenciário.”*; *“Inapto para o trabalho.”*; *“Já trabalhou.”*; *“Com direitos previdenciários.”*; *“Em função do uso contínuo de álcool, não consegue manter emprego.”*; *“Não mantém os empregos devido ao uso abusivo de álcool.”*; *“Relata que está se incomodando no trabalho e se refugia no álcool.”*; *“A família trabalha em associação de catadores de lixo.”*; *“Renda mensal de dois mil reais.”*; *“ Não trabalha.”*; *“Não tem contribuição com o INSS.”*; *“Dificuldade em manter emprego.”*; *“Afastado do mercado de trabalho há anos. Incapacitado para o trabalho.”*; *“Não trabalha há 8 anos.”*; *“Era contribuinte do INSS.”*; *“No momento não recebe nenhuma renda.”*; *“Não tem nenhuma ocupação, passa o dia em casa ou na rua.”*; *“Em auxílio-doença.”*; *“Não recebe benefício do INSS.”*; *“Sem renda fixa.”*; *“Trabalhava vendendo doces.”*; *“Sem condições de trabalhar.”*; *“Inserido no mercado formal de trabalho.”*; *“Começou a beber e não conseguiu manter emprego.”*; *“Fazia biscates.”*; *““Aposentado. Sem trabalhar.”*

A (in)segurança social e a respectiva proteção de direitos só pode ser vencida atribuindo fortes proteções e direitos à própria condição do trabalhador. Como se trata de sujeitos adultos, com 50 e 60 anos, o número de desempregados e desassistidos representa uma das manifestações mais trágicas da insegurança social: a situação do trabalhador adulto médio e/ou final e idoso, que já encontra limitações para trabalhar e corre o “[...] risco da decadência total e o recurso obrigatório a formas aviltantes de assistência, como o asilo” (CASTEL, 2005, p. 33). Nesse caso, o asilamento hospitalar que parece preceder o asilo de idosos. A noção de risco, novamente e de modo obsedante, participa ativamente na construção desse espírito preventivo-persecutório na saúde, mediante práticas biopolíticas que desembocam na construção do homem responsável por sua saúde e, conseqüentemente, por sua longevidade (CASTIEL; DIAZ, 2007, p. 10). Na esteira da análise do dispositivo do risco, cabe aqui marcar,

como essa dissertação permite concluir, a prevalência da indicação da internação compulsória para homens desempregados, onde avalia-se ou diagnostica-se como problemático ou delituoso não apenas o beber patológico mas o não trabalhar.

Para Dardot e Laval (2014), o risco tornou-se um setor comercial, na medida em que se trata de produzir indivíduos que poderão contar cada vez menos com formas de ajuda mútua de seus meios de pertencimento e com os mecanismos públicos de solidariedade. Assistimos a uma individualização radical que faz com que todas as formas de crise social sejam percebidas como crises individuais, todas as desigualdades sejam atribuídas a uma responsabilidade individual. A nova forma de risco é a “individualização do destino” (DARDOT; LAVAL, 2014, p. 349). Essa ética individualista é tratada como uma oportunidade de jogar todos os custos *nas costas* do sujeito, por mecanismos de transferência de risco, que não tem nada de “natural”. No fundo, a estratégia consiste em partir da aspiração à decisão pessoal na escolha de vida e reinterpretar o conjunto dos riscos como escolhas de vida.

Atentemos aos enunciados que evidenciam a extraordinária explosão da noção de risco nos laudos analisados. Reitero que a avaliação dos riscos é solicitada aos profissionais para balizar a justificativa da internação: “*Risco de vida.*”; “*Risco de vida para si e os outros.*”; “*Risco de heteroagressões.*”; “*Coloca as outras pessoas em risco.*”; “*Tomando medicação com bebida.*”; “*Recaída recente, com sintomas que o trouxeram ao Pronto Socorro.*”; “*Risco pessoal e social.*”; “*Em abstinência, com risco de recaída.*”; “*Coloca em risco a sua vida e a de terceiros.*”; “*Bebe compulsivamente com a medicação prescrita.*”; “*Risco de auto e heteroagressão.*”; “*Exposto a situações de risco devido ao uso contínuo de álcool.*”; “*Envolvimento em acidentes/riscos.*”; “*Risco de exposição física, fazendo uso concomitante de álcool com psicofármacos.*”; “*Em situação de risco, envolvendo-se constantemente em acidentes.*”; “*Uso de medicação concomitante com álcool.*”; “*Risco de autoagressão, risco de heteroagressão, risco de exposição social e incapacidade grave de autocuidados.*”; “*Comprometimento grave, risco de vida para si e para os outros.*”; “*Histórico de tentativas de suicídio.*”; “*Risco de suicídio (várias tentativas).*”.

Um risco no sentido próprio da palavra é um acontecimento previsível, cuja chances de que ele possa acontecer e os custos dos prejuízos que trará podem ser previamente avaliados. O seguro (que pode ser mutualizado) foi a grande tecnologia que permitiu o controle dos riscos. A generalização da obrigação de fazer seguro foi o caminho da constituição da sociedade segurada. Todavia, uma sociedade de riscos não pode ser segurada dessa maneira. A gravidade e o caráter irreversível de suas consequências fazem com que a prevenção consista muitas vezes em antecipar o pior. Acontece que nenhum programa de proteções é suscetível de impor-se o

objetivo de garantir o futuro a ponto de ele não comportar mais nenhuma incerteza ou risco. Ainda, existem injustiças gritantes na repartição desses riscos. O discurso generalizado e indiferenciado do risco apresenta-se como a referência teórica privilegiada para denunciar a insuficiência dos dispositivos clássicos de proteção. Existe uma relação estreita entre a explosão dos riscos, a hiperindividualização das práticas e a privatização dos seguros. Ao invés de falar em riscos poderíamos falar em prejuízos ou danos provocados pelo modo prevalecente do desenvolvimento econômico e social, nos dias de hoje (CASTEL, 2005).

Essa espécie de tirania do viver saudável torna as regras de conduta inquestionáveis na contemporaneidade, a ponto que aqueles que decidem se conduzir sob outros preceitos e para outros fins são classificados como “grupos de risco” e devem estar sob a mira privilegiada das intervenções normalizantes. Confirmando, pois, a hipótese inicial desta dissertação: a de que há uma permanência do binarismo normal e patológico como imperativo no tratamento em saúde mental no contemporâneo, a partir de referências a identidades “saudáveis” que os laudos engendram, acaba por denunciar, marcar e “tratar” compulsoriamente seu oposto, o *alcoologista*. Minha leitura dos laudos teve como ponto basilar delinear esse arcabouço discursivo pretensamente científico que resulta em produzir a “verdade” sobre a saúde e a doença mental.

Finalizo este empreendimento à Butler, em *Quadros de guerra*, realçando que a questão não é saber se determinado ser é vivo ou não, nem se ele tem o estatuto de pessoa; trata-se de saber, na verdade, se as condições sociais e de sobrevivência são ou não são possíveis. Somente com esta última questão podemos evitar as pressuposições individualistas, antropocêntricas e liberais que desencaminharam essas discussões. Se tomamos a precariedade da vida como ponto de partida, então não há vida sem necessidade de abrigo e alimento, não há vida sem dependência de redes mais amplas de sociabilidade e trabalho, não há vida que transcenda a possibilidade de sofrer maus-tratos e a mortalidade. Essa distribuição diferencial da condição de precariedade é, a um só tempo uma questão material e perceptual, visto que aqueles cujas vidas não são “consideradas” potencialmente lamentáveis e, por conseguinte, valiosas, são obrigados a suportar a carga de da fome, do subemprego, da privação de direitos legais e da exposição diferenciada à violência e à morte. Tanto a precariedade quanto a condição precária são conceitos que se entrecruzam. A condição precária também caracteriza a condição politicamente induzida de maximização da precariedade para populações expostas à violência arbitrária do Estado com que frequência não tem opção a ser recorrer ao próprio Estado contra o qual precisam de proteção: “[...] elas recorrem ao Estado em busca de proteção, mas o Estado é precisamente aquilo do que elas precisam ser protegidas.” (BUTLER, 2015a, p. 47).

Essa norma continua produzindo o paradoxo quase impossível da internação compulsória. A discussão que sustento implica necessariamente na possibilidade de afirmar que a problemática do *alcoolismo* não é o uso do álcool, mas a desassistência dessas vidas nas condições mantenedoras da existência: sobrevivência, algum suporte afetivo, abrigo, seguridade social, tal qual denunciado na esteira do pensamento butleriano. Assim, o deslocamento do campo do uso prejudicial do álcool para os enunciados sobre a família, os riscos, os fracassos da vida revelam a obscuridade dos discursos que logram na realização da internação compulsória e a epistemologização problemática dos saberes no campo da saúde mental. A sustentação dos saberes se dá em enunciados displicentes e imperitos, perfeitamente passíveis de questionamentos e refutações. Foucaultianamente, pode-se inferir que se trata de uma conclusão sobre a constituição dos saberes. Temos a dimensão arqueológica.

Depois disso, a internação compulsória só logra êxito porque sustenta relações de poder, porque permite a capilaridade do exercício do poder: o poder do juiz, poder do médico, poder da família e o implacável poder da norma. Especialmente, porque ancora seu poder no campo da saúde mental e da Justiça. Essa relação de poder também convocam uma série de resistências dos ditos *alcoolistas*: são corpos que resistem, em gestos mínimos de recusa, à série de esquadramento a que estão sujeitos. Arqueogeneologicamente, vê-se o poder disciplinar e sua implicação na produção das formas de silenciamento e de exclusão, ainda hoje. Que esse trabalho represente um exercício possível de resistência frente a problemática da internação compulsória e seus avatares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os documentos-monumentos são artifícios e artefatos engendrados por práticas discursivas e não discursivas, de saber e de poder, geram efeitos no campo das governamentalidades sobre os corpos dos sujeitos ditos *alcoholistas* com prescrições de condutas, em nome da proteção dos direitos, da garantia e da promoção da saúde e da vida. É neste campo que esta dissertação de mestrado aciona perguntas, análises e descrições históricas da contemporaneidade para romper com suas armadilhas e técnicas de controle e, desse modo, produzir condições e possibilidades de resistência frente aos enquadramentos normativos.

Esse estudo partiu da arqueogenealogia, proposta por Michel Foucault, apresentada no segundo capítulo, sobretudo a partir da problemática levantada pelas relações de saber-poder, poder disciplinar, biopolítica e biopoder.

Foi fundamental traçar as condições de emergência sobre o alcoolismo no contemporâneo, terceiro capítulo, seus dispositivos nosológicos e médico-científicos e em última instância, político-jurídico-científicos culminando em umas das formas mais pujantes de biopoder e da biopolítica na contemporaneidade, a internação compulsória.

A análise dos enunciados apresentada no quarto e último capítulo permitiu, através da articulação do pensamento de Agamben e Butler com o empreendimento arqueogenealógico foucaultiano, fazer notar o tensionamento entre o poder da norma e o discurso supostamente neutro das disciplinas, marcando que o problema do alcoolismo não é o álcool, mas a produção das vidas que valem menos menos:

Certamente essas vidas infames aparecem apenas por terem sido citadas pelo discurso do poder. De que maneira estas vidas estão presentes nas anotações míopes e cursivas que as legaram para sempre ao arquivo impiedoso da infâmia? Os escribas anônimos, os funcionários menos graduados que redigiram tais observações, certamente não pretendiam nem conhecer e nem representar; seu único objetivo era marcar de infâmia. No entanto, pelo menos, por um instante, as vidas brilham naquelas páginas com uma luz negra, ofuscante. O gesto com o qual foram fixadas parece subtraí-las para sempre de toda possível apresentação, como se elas comparecessem na linguagem apenas sob a condição de continuarem absolutamente inexpressas. (AGAMBEN, 2004, p. 59)

Retomo, pois, a hipótese de pesquisa: nas indicações dos técnicos em saúde mental no município de Erechim, no período pesquisado, há uma permanência de discursos ancorados em lógicas de biopolítica e biopoder, evidenciando o poder disciplinar sobre os corpos dos sujeitos ditos *alcoholistas* produzidos a partir de um dispositivo específico, qual seja, o médico-jurídico,

cuja multiplicidade de enunciados e práticas recobrem desde os diagnósticos até o internamento.

Finalmente, cabe inscrever esta dissertação como possibilidade de resistência, acionando perguntas. Qual a norma segundo a qual o sujeito é produzido e se converte depois no suposto fundamento da discussão normativa? A questão não é concluir o que constitui melhor opção, mas sim considerar, mais detidamente, as condições e os termos sob os quais essas inversões do discurso ocorrem, com o objetivo de, finalmente, produzir melhores práticas.

Faço uma última digressão, a fim de dar fechamento a esta dissertação. Parto do empreendimento agambeniano, inicialmente. Nele, o ser humano é o único ser em cujo viver está sempre em questão a felicidade, cuja vida está irremediavelmente destinada à felicidade. Isso constitui imediatamente a forma-de-vida como vida política. Por sua vez, o poder político que conhecemos sempre se fundamenta, em última instância, na separação de uma esfera da vida nua com relação ao contexto das formas de vida. O poder absoluto e perpétuo, que define o poder estatal, não se fundamenta, em última instância, numa vontade política, mas na vida nua que só é conservada e protegida na medida em que está submetida ao direito de vida e morte do soberano⁷⁵ (ou da lei). O estado de exceção, sobre o qual o soberano decide cada vez, é justamente aquele em que a vida nua, que, na situação normal, aparece unida às múltiplas formas de vida social, é explicitamente revogada como fundamento último do poder político. O sujeito derradeiro que se trata de excluir, e ao mesmo tempo, incluir na cidade, é sempre a vida nua (AGAMBEN, 2017, p. 235).

A tese de Foucault segundo a qual “o que está em jogo é a vida” e, por isso, a política se tornou biopolítica é, nesse sentido, substancialmente correta. É justamente a origem da sacralidade da vida que o italiano busca indagar: “quando e em que modo uma vida humana foi considerada pela primeira vez como sagrada em si mesma?” (AGAMBEN, 2010, p. 76). O que é, então, a vida do *homo sacer*, se ela se situa no cruzamento entre uma matabilidade e uma insacralidade, fora tanto do direito humano quanto daquele divino? No caso do *homo sacer*, uma pessoa é simplesmente posta para fora da jurisdição humana sem ultrapassar para a divina. Longe de contradizer a insacralidade do *homo sacer*, o termo aqui indica uma zona originária de indistinção, na qual *sacer* significava simplesmente “uma vida matável.”

⁷⁵ “O poder soberano se pressupõe como estado de natureza, que é assim mantido em relação de *bando* com o estado de direito, assim ele se divide em poder constituinte e poder constituído e se conserva em relacionamento com ambos, situando-se em seu ponto de indiferença.” (AGAMBEN, 2010, p. 47 [1995]). O italiano cita Burdeau: “os poderes constituídos existem somente *no* Estado: inseparáveis de uma ordem constitucional preestabelecida, eles necessitam de uma moldura estatal da qual manifestam a realidade. O poder constituinte, ao contrário, situa-se *fora* do estado; não lhe deve nada, existe sem ele, é a fonte cujo uso que se faz de sua corrente não pode jamais exaurir.” (1984, p. 173 *apud* AGAMBEN, 2010, p. 46).

(AGAMBEN, 2010, p. 87). O próprio corpo do *homo sacer*, na sua matável insacrificabilidade, é o penhor vivo da sua sujeição a um poder de morte (AGAMBEN, 2010, p. 99).

Passo ao projeto butleriano, para notar que implícita nesse discurso do *sacer* está a questão do luto pela perda de uma vida: a vida de quem, se extinta, seria lamentada publicamente e a vida de quem não deixaria nenhum vestígio público para ser enlutado ou apenas um vestígio parcial, confuso e enigmático? Se, como argumenta Butler (2015a), as normas são estabelecidas por meio de enquadramentos visuais e narrativos, o ato de enquadrar pressupõe decisões ou práticas que deixam perdas substanciais fora do enquadramento (BUTLER, 2015a, 116).

O sujeito protagonista desta dissertação representa, conforme a égide do pensamento de Agambem, a vida nua, a vida matável e insacrificável do *homo sacer*. Em nosso tempo, como tentei defender até aqui, a política se tornou integralmente biopolítica. Em nossa sociedade, para encontrarmos exemplos e materiais de uma vida inseparável de sua forma, chama atenção que precisemos escarafunchar nos registros patográficos – ou como aconteceu com Foucault no caso de *Vida dos homens infames* – nos arquivos policiais. A forma-de-vida⁷⁶ é, nesse sentido, algo que ainda não existe e só pode ser atestado em lugares que, nas presentes circunstâncias, não parecem ser necessariamente edificantes (AGAMBEN, 2017, p. 236).

Se é verdade que a figura que o nosso tempo nos propõe é aquela de uma vida insacrificável, que, todavia, tornou-se matável em uma proporção inaudita, então a vida nua do *homo sacer* nos diz respeito de modo particular. A sacralidade é uma linha de fuga ainda presente na política contemporânea, que como tal, desloca-se em direção a zonas cada vez mais vastas e obscuras, até coincidir com a própria vida dos cidadãos. Mas, se hoje não existe mais

⁷⁶ “O que denominamos forma-de-vida não é definido pela relação com uma práxis (*energeia*) nem com uma obra (*ergon*), mas por uma potência (*dynamis*) e por uma inoperosidade. [...] Um ser vivo nunca pode ser definido por sua obra, apenas por sua inoperosidade, ou seja, pelo modo que mantendo-se, em uma obra, em relação com uma pura potência se constitui como forma-de-vida, na qual *zoé* e *biós*, vida e forma, privado e público, entram num limiar de indiferença, e o que está em questão já não é a vida, nem a obra, mas a felicidade. O pintor, o poeta e o pensador – e, em geral, qualquer um que pratique uma *poiesis* e uma atividade – não são os sujeitos soberanos de uma operação criadora e de uma obra; eles são, sim, seres vivos anônimos que, tornando todas as vezes inoperosas as obras da linguagem, da visão, dos corpos, procuram fazer experiência de si e constituir sua vida como forma-de-vida. [...]. Por isso, Benjamin podia afirmar não querer ser reconhecido e Foucault, ainda mais categoricamente, que não queria identificar a si mesmo. A forma-de-vida não pode reconhecer-se nem ser reconhecida, porque o contato entre a forma e a felicidade que nela está em questão se situam além de todo possível reconhecimento e de toda possível obra. A forma-de-vida é, nesse sentido, antes de tudo, a articulação de uma zona de irresponsabilidade, em que as identidades e as imputações de direito estão suspensas.” (AGAMBEN, 2017, p. 276-8)

A proximidade entre potência destituente e o que, no decurso da sua investigação, Agamben (2017) denomina inoperosida se mostra agora com clareza. Em ambas, está em questão a capacidade de desativar e tornar algo inoperante – um poder, uma função, uma operação humana – sem simplesmente o destruir, mas libertando as potencialidades que nele haviam ficado não atuadas a fim de permitir, dessa maneira, um uso diferente. (AGAMBEN, 2017, p. 305)

uma figura predeterminável do homo sacro, é, talvez, porque somos todos virtualmente *homines sacri* (AGAMBEN, 2010, p. 113) [1995].

Encerro, pois, a dissertação. O limite que inscreve a infâmia se mostra obscuro e frágil demais, como este trabalho dissertação permite concluir. A linha que define a razão e a loucura se mostra perfeitamente passível de ruptura e deslocamentos, daí a sempre urgência de marcar o útil e o improdutivo, o normal e o patológico, o doente e o são, o inválido e o trabalhador, o sujeito e seu outro. A vida nua do *homo sacer* ou a vida imediatamente como vida política.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, T. Prólogo. In: FOUCAULT, M. *Genealogia del racismo*. Buenos Aires: Altamira; 1993. p. 7-10.

ACSERALD, G. et al. *Consumo de bebidas alcoólicas no Brasil: estudo com base em fontes secundárias*. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro, 2012.

AGAMBEN, G. *Estado de exceção*. Trad. Iraci D. Poleti. 2.ed. São Paulo: Boitempo, 2014. [2003].

_____. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Trad. Henrique Burigo. 2. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010. [1995].

_____. *O que é o contemporâneo? e outros ensaios*. Trad. Vinícius Nicastro Honesko. Chapecó: Argos, 2009.

_____. *O uso dos corpos*. Trad. Silvino José Assmann. São Paulo: Boitempo, 2017. [2014].

_____. *Profanações*. Trad. Silvino José Assmann. São Paulo: Boitempo, 2007. [2005].

AMARANTE, P. D.C. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P.D.C. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 73-84.

_____. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. DSM-V*. 5. ed. Trad. Maria M. C. Nascimento, Paulo H. Machado, Regma M. Garcez, Régis Pizzato e Sandra M. M. da Rosa. São Paulo: Artmed Editora Ltda, 2013.

ANTUNES, H.H. Raça de gigantes: a Higiene Mental e a imigração no Brasil. In: ANTUNES, H.H; BARBOSA, L.H.S; PEREIRA, L.M.F (Org.). *Psiquiatria, loucura e arte: fragmentos da história brasileira*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002. p. 81-104.

ANTUNES, R. L. C. *Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. Rio de Janeiro: Cortez, 2008.

ARAÚJO, Á. C; LOTUFO NETO, F. A nova classificação americana para os transtornos mentais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, São Paulo, v. XVI, n. 1, 67-82, 2014.

ARAÚJO, I. L. *Foucault e a crítica do sujeito*. Curitiba: Editora da UFPR, 2000.

AHLSTRM, S. Cultural differences in women's drinking. *Contemporary Drug Problems*, New York, v.22, n. 1, p. 393-451, 1995.

ASMEO – Associação dos Magistrados do Estado de Goiás. A lei e a internação compulsória. *O Popular*, Goiás, 09 de março de 2013. Disponível em: <https://asmego.jusbrasil.com.br/noticias/100385057/a-lei-a-internacao-compulsoria>. Acesso em: 09 mar 2017.

AUSTIN, J. L. *Quando dizer é fazer: palavras e ação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

BANDEIRA, M. et al. Perfil dos pacientes alcoolistas do Núcleo de Ensino e Pesquisa Sobre Alcoolismo. *Revista da ABP APAL - Associação Brasileira de Psiquiatra e Asociación Psiquiátrica de la America Latina*. São Paulo, v.1, n. 46, p. 133-140, 1997.

BAAN, R. et al. Carcinogenicity of Alcoholic Beverages. *Lancet Oncology*, New York/London, v. 8, n. 1, p. 292-293.

BATLOUNI, M. Álcool e sistema cardiovascular. *Arquivos médicos do ABC*, Santo André, v. 2, n. 1, p. 14-16, 2006.

BENTO, B. Na escola se aprende que a diferença faz a diferença. *Estudos feministas*, Florianópolis, v. 19, n.2, p. 549-559, 2011.

BIEHL, J. Antropologia no campo da saúde global. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, n. 35, p. 257-296, 2011.

_____. The Activist State – Global pharmaceutical, AIDS, and citizenship in Brazil. *Social Text* 80, Durham, v. 22, n. 3, p. 105-132, 2004.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA, B; AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 71-90.

BIRMAN, J. Laços e desenlaces na contemporaneidade. *Jornal de psicanálise*, São Paulo , v. 40, n. 72, p. 47-62, 2007.

BITTENCOURT, S. A; CAMACHO, L. A. B; LEAL, M. C. O sistema de informação hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.l. 22, n. 1, p. 19-30, 2006.

BLUME, S. Chemical dependency in women: important issues. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, v. 16, n. 34, p. 297-307, 1990.

BOFFETTA, P.; HASHIBE, M. Alcohol and Cancer. *Lancet Oncology*, v. 7, n. 1, p. 149-156, 2006.

BOMFIM, E.A. *Razão mutilada: ficção e loucura em Breno Accioly*. Maceió: EDUFAL, 2005.

BORINI, P. et al. Mulheres alcoolistas. Alterações eletrocardiográficas e distúrbios metabólicos e eletrolíticos associados. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Marília, v. 81, n. 5, p. 506-511, 2003.

BORINI, P. E SILVA, C.O. Aspectos demográficos, epidemiológicos e sociais do alcoolismo: uma análise de alcoolistas internados em hospital psiquiátrico. *Revista da ABP APAL - Associação Brasileira de Psiquiatra e Asociación Psiquiátrica de la America Latina*. São Paulo, v. 3, n.11, p. 89-96, 1989.

BOTEGA, N. J. *Psiquiatria no hospital geral: históricos e tendências*. In: BOTEGA, N. J., (Ed.) *Prática psiquiátrica em hospital geral: interconsulta e emergência*. 2 ed. Porto alegre: Artes Médicas, 2006. 17-32.

BRASIL. *Decreto nº 24.559 de 3 de julho de 1934*. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção a pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Disponível em <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=20366&norma=35529>>. Acesso em: 08 jun 2017.

_____. *Decreto nº 4.294, de 6 de Julho de 1921*. Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados e dá outras providências. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-publicacaooriginal-92525-pl.html>>. Acesso em: 09 jun 2017.

_____. *Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938*. Aprova a lei de fiscalização de entorpecentes. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm>. Acesso em: 09 jun 2017.

_____. *Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 09 jun 2016.

_____. *Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006*. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. Acesso em: 09 jun 2017.

_____. *Previdência social*. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/>>. Acesso em: 29 ago 2017.

_____. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em 09 jan 2016.

_____. *Portaria nº 2391, de 26 de dezembro de 2002*. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2391.htm>>. Acesso em: 09 jun 2017.

_____. *Resolução nº 466, de dezembro de 2012*. Estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 mai 2016.

BRASIL. Informações sobre benefícios do INSS. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/>>. Acesso em: 05 jul 2017.

BURGER, M. et al. Alcohol consumption and its relation to cardiovascular risk factors in Germany. *European Journal of Clinical Nutrition*, London, v. 58, n. 4, 605-614, 2004.

BUTLER, J. Cuerpos que importam – sobre los límites materiales y discursivos del <<sexo>>. Buenos Aires: Amorrortu, 2009. [2005]

_____. Criticamente subversiva. In: JIMÉNEZ, R. M. (Ed.). *Sexualidades transgresoras: una antología de estudios queer*. Barcelona: Icaria, 2002. p. 22-34

_____. *Dar cuenta de si mesmo: violencia etica y responsabilidad*. Buenos Aires: Amorrortu, 2009. [2005]

_____. Gênero, trajetórias e perspectivas. *Cadernos Pagu*, Campinas, v.1, n. 11, p. 11-42, 1998.

_____. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto*. Trad. Sérgio Lamarão e Arnaldo Marques da Cunha. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015a.

BUTLER, S. *Relatar a si mesmo: crítica da violência ética*. Trad. Rogério Betoni. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015b.

BUTTURI JUNIOR, A. A passividade e o fantasma: o discurso homossexual no Brasil. 2012. 280 f. Tese (doutorado) – Programa de Pós-graduação em Linguística, Centro de Comunicação e Expressão, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

_____. Foucault: itinerário metafísico? *Acta Scientiarum. Language and Culture*, Maringá, v. 32, n. 2, p. 171-180, 2010. Disponível em: <<http://nela.cce.ufsc.br/files/2014/10/Butturi-2010.pdf>>. Acesso em 16 jun 2016.

_____. O arqueólogo: nominalismo e saber. In: BUTTURI JUNIOR, A. *Metafísica e discurso: Pêcheux, Foucault e a pós-modernidade*. São Carlos: Pedro e João Editores, 2009. p. 104-124.

_____. Os discursos das homossexualidades populares brasileira: passividade, efeminização e resistência. In: TERCEIRA JORNADA INTERNACIONAL DE ESTUDOS DO DISCURSO; SEGUNDO ENCONTRO INTERNACIONAL DE IMAGEM EM DISCURSO, 2015. *Anais...* Maringá, 2015. Disponível em: <[file:///C:/Users/note/Downloads/ARTIGOATILIOBUTTURIJUNIOR-JIED%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/note/Downloads/ARTIGOATILIOBUTTURIJUNIOR-JIED%20(2).pdf)>. Acesso em 16 jun 2016.

BUTTURI JUNIOR, A; CORREA, D.A. A AD e a ordem pós-moderna. *Signum – Estudos da Linguagem*, Londrina, v.10, n.2, p. 45-66, Dez. 2007.

CANDIAGO, R. H; ABREU, P. B. Uso do Datasus para avaliação dos padrões das internações psiquiátricas no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n.5, p. 821-829, Out. 2007.

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

_____. O DSM–V como dispositivo de segurança. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 741-763, 2014.

CAPONI, S. *et al. Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Florianópolis: Unisul, 2010.

CARDIM, M.S; AZEVEDO, B.A. Antecedentes familiares na determinação da gravidade do alcoolismo. *Informação Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, v. 1. n.1, p. 5-12, 1995.

CARLINI, E. A. et al. *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil*. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas da UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2001

CARVALHO, M.T.C. Higiene e eugenia: brevíssima genealogia da trama discursiva antialcoólica no Brasil. In: ALARCON, S; JORGE, M.A.S. Orgs. *Álcool e outras drogas: um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 83-102.

CASCUDO, L. C. *História da Alimentação no Brasil*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1983.

_____. *Prelúdio da Cachaça, Etnologia, História e Sociologia da Aguardente no Brasil*. Belo Horizonte: Editora Itatiaia, 1986.

CASTEL, R. *A insegurança social: o que é ser protegido?* Trad. Lucia M. Endlich Orth. Petrópolis: Vozes, 2005.

CASTIEL, L. D; DIAZ, C. A-D. A saúde persecutória: os limites da responsabilidade ética. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

CHALHOUB, S. Medo branco de almas negras: escravos libertos e republicanos na cidade do Rio. *Revista Brasileira de História*, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 16, 83-105, mar/ago, 1988.

CESAR, B. A. L. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 3, p. 208-211, 2006.

CORDIOLI, A.V. *Psicofármacos: consulta rápida*. 3. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 2005.

CORRADI-WESTER, C. M. *Consumo problemático de bebidas alcólicas por mulheres: discursos e histórias*. 2009. 185f. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia. Ribeirão Preto, 2009.

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

DANTAS, D. Indicação de coronel da PM para secretaria de drogas gera críticas. *O Globo*, Rio de Janeiro, 8 jun.2016. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/indicacao-de-coronel-da-pm-para-secretaria-de-drogas-gera-criticas-19461565#ixzz4NYznR9TM>>. Acesso em: 19 out 2016.

DARDOT, P; LAVAL, C. A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal. Trad. Mariana Echalar. São Paulo: Boitempo, 2016. [2010]

DAWSON, D.A. Are men or women more likely to stop drinking because of alcohol problems?, *Drugs Alcohol Dependence*, v. 36, n. 1, p.57-64, 1994.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho*: estudo de psicopatologia do trabalho. Trad. Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. (5ª ed. ampliada). São Paulo: Cortez Oboré, 1992.

DELEUZE, G. *Foucault*. 5. ed. Trad. Cláudia Sant'anna Martins. São Paulo: Brasiliense, 2006. [1988].

_____. Que és un dispositivo? In: BALIBAR, E; DREYFUS, H; DELEUZE, G. et al. *Michel Foucault*, filósofo. Barcelona: Gedisa, 1999. p. 155-163

_____. *Post-scriptum* sobre as sociedades de controle. In: _____. *Conversações*. Trad. Peter Pál Perbalt. São Paulo: Editora 34 Ltda, 2008. p. 219-226. [1990]

DELEUZE, G; GUATTARI, F. *Mil platôs I*: capitalismo e esquizofrenia. Trad. Aurélio Guerra Neto e Celia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Editora 34, 2000.

DELGADO, P. G. G.; GOMES, M. P. C.; COUTINHO, E. S. F. Novos rumos nas políticas públicas da saúde mental no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p. 452-453, 2001.

DIAZ, E.B. Desconstrução e subversão: Judith Butler. *Sapere Aude*, Belo Horizonte, v. 4, n. 7, p. 441-464, 2013.

DOSTOIÉVSKI, F. *Crime e castigo*. Trad. Oleg Almeida. São Paulo: Martin Claret, 2013. [1866]

DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. Poder e verdade. In: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Trad. Vera Portocarrero e Gilda Gomes Carneiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 202-224. [1979]

DUNNE, F. J; GALATOPOULOS, C; SCHIPPERHEINJ, J.M. Gender differences in psychiatric morbidity among alcohol misusers. *Comprehensive Psychiatry*, v.34, n. 1, p. 95-101, 1993.

EDWARDS, G; GROSS, M. Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, London, v.1, n.1, 1058-1061, 1976.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Lei nº 9.716, de 07 de agosto de 1992. 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. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXT0&Hid_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid_IDNorma=1528>. Acesso em: 20 maio 2016.

ETENE/BNB. *Cachaça e rapadura na área de jurisdição do BNB: produção, tecnologia e mercado*. Fortaleza: ETENE/BNB, 2008.

ESTADÃO CONTEÚDO. SUS discute retomada do papel dos hospitais psiquiátricos; medida é criticada. São Paulo, *Metrô Jornal*, 31 de agosto de 2017. Disponível em: <https://www.metrojornal.com.br/foco/2017/08/31/sus-discute-retomada-papel-de-hospitais-psiquiatricos-medida-e-criticada.html>. Acesso em: 08 set 2017.

FAINZANG, S. Entre práticas e recursos terapêuticos: as problemáticas de um itinerário de pesquisa. Trad. Jaqueline Ferreira. *Antropolítica: Revista Contemporânea de Antropologia e Ciência Política*, n. 15, v.1, 19–38, 2003.

FARIA, J.G; SCHNEIDER, D.R. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicologia e Sociedade*, Florianópolis, v. 21, n. 3, 324-333, dez., 2009.

FERREIRA NETO, J. L. Pesquisa e metodologia em Michel Foucault. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 31, n. 3, p. 411-420, Set. 2015.

FIDELIS DIAS, L. Usos de abusos de bebidas alcoólicas segundo os povos indígenas do Uaçá. In: LABATE, B. et al. *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: Ed. EDUFBA, 2008. p.199-217.

FIGUEIREDO, B. G. O arranjo das drogas nas boticas e farmácias mineiras entre os séculos XVIII e XIX. In: VENÂNCIO, R.P.; CARNEIRO, H. *Álcool e drogas na história do Brasil*. Belo Horizonte: Ed. PUCMinas, 2005. p. 141-154.

IORE, Mauricio. Algumas reflexões a respeito dos discursos médicos sobre uso de “drogas”. In: XXVI Reunião da ANPOCS, 2002, Caxambu.

FONSECA, M. A. *Michel Foucault e o direito*. São Paulo: Saraiva, 2012.

FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. 8. ed. Trad. Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014. [1969]

_____. *A ordem do discurso*. Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 24. ed. Trad. Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola, 2014. [1970]

_____. A governamentalidade. In: _____. *Microfísica do poder*. Trad. Roberto Machado e Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015a. p. 407-431. [1978]

_____. *A história da sexualidade I: a vontade de saber*. Trad. Maria Thereza Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015. [1976]

_____. A loucura, a ausência da obra. In: _____. *Ditos e escritos I. Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Trad. Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1999. p. 190-198. [1964]

_____. A sociedade punitiva. In: _____. *Resumo dos cursos do Collège de France*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 25-44. [1973]

FOUCAULT, M. *A verdade e as formas jurídicas*. Trad. Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Morais. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2002. [1974]

_____. A vida dos homens infames. In: _____. *Ditos e escritos IV: Estratégia, poder-saber*. Trad. Eloísa Araújo Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. p. 203-222. [1977]

_____. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. Trad. Salma Tannus Muchail. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2014. [1966]

_____. Aula de 11 de janeiro de 1978. In: _____. *Segurança, território e população*. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 2-38. [1978]

_____. Conversa com Michel Foucault. In: _____. *Ditos e Escritos VI: Repensar a política*. Trad. Ana Lúcia Paranhos Pessoa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010, p. 289-347. [1980]

_____. *Doença mental e psicologia*. Trad. Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro Ltda, 1975.

_____. *Em defesa da sociedade – Curso no Collège de France (1975-1976)*. Trad. Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2005. [1975-1976]

_____. Entrevista com Michel Foucault. In: *Ditos e escritos I. Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise*. Trad. Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1999. p. 300-312. [1984]

_____. *Eu, Pierre Rivière que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão...: um caso de parricídio do século XIX apresentando por Michel Foucault*. 2.ed. Trad. Denise Lezan de Almeida. Rio de Janeiro: Graal, 2013. [1973]

_____. Foucault. In: _____. *Ditos e Escritos V. Ética, sexualidade, política*. Trad. Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010, p. 235-239. [1984]

FOUCAULT, M. Genealogia e poder. In. _____. *Microfísica do poder*. Trad. Roberto Machado e Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015b. p. 262-277. [1976]

_____. Geografia e poder. In. _____. *Microfísica do poder*. Trad. Roberto Machado e Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015c. p. 244-261. [1976]

_____. *História da loucura: na idade clássica*. Trad. José Teixeira Coelho Neto. 10. ed. São Paulo: Perspectiva, 2014. [1972].

_____. *História da sexualidade 2: o uso dos prazeres*. 8 ed. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1998. [1984]

_____. *História da sexualidade 3: o cuidado de si*. 15 ed. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro/São Paulo, Paz e Terra, 2017. [1984]

_____. Lacan, o libertador da psicanálise. In: *Ditos e escritos I. Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Trad. Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1999. p. 298-299 [1981]

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

_____. Nietzsche, a genealogia e a história. In. _____. *Microfísica do poder*. Trad. Marcelo Catan. 3.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015d. p. 55-86. [1971]

_____. *Nietzsche, Freud e Marx*. Trad. Jorge Lima Barreto. São Paulo: Princípio Editora, 1997. [1975]

_____. O cuidado com a verdade. In: *Ditos e escritos V. Ética, sexualidade, política*. Trad. Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. [1984]

_____. *O governo de si e dos outros: curso no Collège de France [1982-1983]*. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2010. [1982-1983]

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 7. ed. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2014. [1963]

_____. *O poder psiquiátrico*: curso dado no Collège de France. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006. [1973-1974]

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica*: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Trad. Vera Portocarrero e Gilda Gomes Carneiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 231-249. [1979]

_____. *Os anormais*. 2. ed. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2013a. [1974-1975]

_____. Os intelectuais e o poder. In: _____. *Microfísica do poder*. 3. ed. Tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015e. p. 129-142. [1972].

_____. Política, e ética: uma entrevista. In: _____. *Ditos e escritos V: Ética, sexualidade, política*. Trad. Elisa Monteiro; Inês Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004, p. 218-224. [1983].

_____. Prefácio a transgressão. Trad. Inês Autran Dourado Barbosa. In: *Ditos e Escritos III*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2001. p. 28-46. [1994]

_____. *Segurança, território e população*: curso dado no Collège de France (1977-1978). Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. [1977-1978]

_____. Soberania e disciplina. In: _____. *Microfísica do poder*. 3. ed. Trad. Maria Teresa de Oliveira e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015f, p. 278-317. [1976]

_____. Sobre a história da sexualidade. In: _____. *Microfísica do poder*. 3. ed. Trad. Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015g, p. 363-406. [1977]

_____. Verdade e poder. In: _____. *Microfísica do poder*. 3. ed. Trad. Lilian Holzmeister e Angela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015h. p. 35-54 [1977].

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. 41. ed. Trad. Raquel Ramallete. Rio de Janeiro: Vozes, 2013. [1975]

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R. E.; MATTOS, R. A. (Org.) *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 459-474.

GADELHA, I. Por voto, governo nomeia aliado de deputado para cargo estratégico do Ministério da Justiça. O Estado de São Paulo, São Paulo, 26 abr 2017. Disponível em: <<http://economia.estadao.com.br/noticias/geral,por-voto-governo-nomeia-aliado-de-deputado-para-cargo-estrategico-do-ministerio-da-justica,70001753266>>. Acesso em: 30 abr 2017.

GARCIA, L. S. L. Nota à imprensa. 2016. Disponível em <<https://cetadobserva.ufba.br/nota-imprensa-enviada-por-leon-garcia>>. Acesso em 08 jun 2016.

GIGLIOTTI, A. BESSA, M.A. Síndrome de dependência do álcool – critérios diagnósticos. *Revista brasileira de psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.26, n.1, 11-13, maio 2004.

GOMES, K.V. *A dependência química em mulheres: figurações de um sintoma compartilhado*. 2010. 226f. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Social). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

GONÇALVES, T.S; NUNES, M.R. Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD. *Perquirere*, Minas Gerais, v. 11, n. 2, 169-178, dez, 2014

GOUVEIA, N. Saúde e meio ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiental. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 8, n. 1, 49-61, fev. 1999 .

GUIMARAES, L.A.M; GRUBITS, S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. *Psicologia & Sociedade*, v. 19, n. 1, p. 45-51, jan./abr. 2007.

HACKING, I. Sobre a taxonomia dos transtornos mentais. Trad. Fernanda Diamont. *Discurso* 43, São Paulo, p. 301-312, 2013.

HECKAMM, W; SILVEIRA, C. M. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: ANDARDE, A.J.C; SILVEIRA; C.M. *Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual*. Barueri: Minha Editora, 2009. p. 67-88.

IGNACIO, V. T. G; NARDI, H. C. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. *Psicologia e Sociedade*, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 88-95, 2007.

KREIN, J. D; WEISHAUP PRONI, M. *Economia informal: aspectos conceituais e teóricos*. Brasília: OIT, 2010.

LARANJEIRA, R. *et al.* Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, 62-71, 2000.

LARANJEIRA, R. (org) II levantamento nacional de álcool e outras drogas – 2012. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas, UNIFESP, 2014.

LARANJEIRA, R; NICASTRI, S. Abuso e dependência de álcool e drogas. In: ALMEIDA, O; DRACU, L; LARANJEIRA, R. *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 84-9.

LEMKE, T. Critique and experience in Foucault. *Theory, culture and society*, London, v. 28, n. 4, p 26-48, 2013.

LEMO, F. C. S; CRUZ, F. F; SOUZA, G. Tecendo a trama histórica de análise dos documentos com Michel Foucault, Gilles Deleuze e Felix Guattari. *Artíficos – Revista do Diferê*, Belém, v. 4, n.7, p. 1-13, jun, 2014.

LIGA BRASILEIRA DE HIGIENE MENTAL (LBHM). Contra o alcoolismo: em favor da higiene mental. Arquivos brasileiros de higiene mental (ABMH), v. I, n.1, p. 147-161, 1925a. Disponível em: <<http://old.ppi.uem.br/gephe/index.php/arquivos-digitalizados/14-sample-data-articles/85-arquivos-brasileiros-de-higiene-mental>>. Acesso em 16 set 2016.

LOPES, E. Trabalhos de anti-alcoolismo. Arquivos Brasileiros de Higiene Mental (ABHM), v.I, n. 1, p.12-16, 1929a. Disponível em: <<http://old.ppi.uem.br/gephe/index.php/arquivos-digitalizados/14-sample-data-articles/85-arquivos-brasileiros-de-higiene-mental>>. Acesso em 16 set 2016.

LOPES, E. Resenha de “Prophylaxia mental”. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental (ABHM)*, v.I, n. 1, p.167-181, 1929b. Disponível em: <<http://old.ppi.uem.br/gephe/index.php/arquivos-digitalizados/14-sample-data-articles/85-arquivos-brasileiros-de-higiene-mental>>. Acesso em 16 set 2016.

LONDON, J. *Memórias alcoólicas*. São Paulo: Ed. Paulicéia, 1993.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo, EPU, 1986.

LUZ, M. T. Ações e saberes plurais em pesquisas qualitativas em saúde. *Conferência final do V congresso Ibero-Americano de pesquisa qualitativa em saúde*. Lisboa, Portugal, out., 2012.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009 .

MACAGNAN, J.P; MENETRIER, J.V; BORTOLOTTI, D.S. Perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial no município de Francisco Beltrão – Paraná. *Biosaúde*, Londrina, v. 16, n. 2, 34-44, 2014.

MACHADO, R. *Foucault, a ciência e o saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006.

_____. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 3. ed. Trad. Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015 [1979].

MANSANERA, A. R; SILVA, L. C. A influência das ideias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 5, n. 1, p. 115-137, mar. 2000.

MANZINI, E.J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVO, 2, 2004, BAURU. A pesquisa qualitativa em debate. *Anais...* Bauru: USC, 2004. 10 p. Disponível em: <https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini_2004_entrevista_semi-estruturada.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2016.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 8, n. 14, p. 21-32, 2003- 2004.

MATAIS, A; DE MORAES, M. Ministro quer restringir uso de bebida alcoólica. *Estadão*, São Paulo, 06 jun 2016. Disponível em: <<http://politica.estadao.com.br/blogs/coluna-do-estadao/ministro-quer-restringir-uso-de-bebida-alcoolica>>. Acesso em 06 jun 2016.

MEIRA, E.D. *A cachaça morretiana: uma tradição inventada?* 2010. 65f. Trabalho de conclusão de curso apresentado à disciplina de Estágio Supervisionado em Pesquisa Histórica. Departamento de História, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná, 2010.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. *Agir em saúde - um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008. p. 71 - 112.

MEZAN ALGRANTI, L. Aguardente de cana e outras aguardentes: por uma história da produção e do consumo de licores na América Portuguesa In: VENÂNCIO, R. P; CARNEIRO, H. *Álcool e drogas na história do Brasil*. Belo Horizonte: Ed. PUCMinas, 2005. p. 71-92.

MONCORVO FILHO, C. A. *Alcoolismo infantil*. [Conferência realizada, em 18 de outubro de 1927, na Liga de Hygiene Mental, publicação do Departamento da Criança no Brasil, Rio de Janeiro, Paulo, Pongetti & C, 1928].

MOREIRA-ALMEIDA, A; SILVA DE ALMEIDA, A.A; LOTUFO NETO, F. History of “Spiritist madness” in Brazil. *Hist Psychiatry*, London, v. 16, n. 61, p.5-25, 2005.

MOREIRA, J. Reformatórios para alcoolistas. *Arquivos brasileiros de higiene mental*, v. II, n. 2, p.61-63, 1929.

MOREY, M. La cuestión del método. In: FOUCAULT, M. *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Buenos Aires: Paidós, 2008. p. 9-44. [1990].

NEALON, J. *Foucault beyond Foucault: power and its intensifications since 1984*. Stanford: Stanford University Press, 2008.

NIAAA – National Institute on Alcohol and Alcoholism. Helping patients who drink too much: a clinician’s guide, National Institute on Alcohol and Alcoholism. 2005. Disponível em: <pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/guide.pdf> Acesso em: 20 out. 2016.

NIETZSCHE, F. W. Prólogo 7. In: NIETZSCHE, F. W. *Genealogia da moral: uma polêmica*. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2009. p. 7-14. [1887].

NOBREGA, M. P. S. S; OLIVEIRA, E. M. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 816-823, 2005.

ODA, A.M.G.R. Juliano Moreira: clima, raça, civilização e enfermidade mental. *Psychiatry online Brasil*, v. 17, n.2, fev, 2012. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano12/wal0212.php>>. Acesso em: 15 set. 2016.

PINHO, P. A; PEREIRA, P. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 16, n. 41, p. 435-450, 2012 .

PORTOCARERRO, V. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

PRADO FILHO, K. Ontologia e ética no pensamento de Michel Foucault. In: ZANELLA, A. V. et al. (Org.). *Psicologia e práticas sociais*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 57-66.

PRECIADO, B. *Manifesto contrassexual: práticas subversivas de identidade sexual*. Trad. Maria Paula Gurgel Ribeiro. São Paulo: N-1 Edições, 2014.

RAMINELLI, R. Da etiqueta canibal: comer antes de beber. In: VENÂNCIO, R. P; CARNEIRO, H. *Álcool e drogas na história do Brasil*. Belo Horizonte: Ed. PUCMinas, 2005. p. 29-46.

RAMOS, S. P; WOITOWITZ, A. B. Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 18-22, maio 2004.

REOLOM, M. Entre os mais pobres, 71% abusam do álcool: consumo cresce mais entre os brasileiros com menos renda, mostra estudo da Unifesp. *O estado de São Paulo*, São Paulo, 13 de abril de 2013. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,entre-os-mais-pobres-71-abusam-do-alcool,1020571>>. Acesso em: 02 nov 2016.

RODRIGUES, T. Política e drogas nas Américas. São Paulo: EDUC FAPESP, 2004.

RORTY, R. Foucault and Epistemology. In: HOY, D. C. (org.). *Foucault: a critical reader*. Oxford: Basil Blackwell, 1992. p. 41-49.

RUGENDAS, J. M. *Viagem pitoresca através do Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. de Ouro, 1968.

SANTANA, V.S; Almeida Filho, N. Alcoolismo e consumo de álcool: resumo de achados epidemiológicos. *Revista da ABPAPAL – Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação de Psiquiatria da América Latina*, v. 9, n.1, p. 15-22, 1987.

SANTOS, F. S. D. *Alcoolismo: a invenção de uma doença*. 1995. 179 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, out. 1995.

SANTOS, R. G. Consumo de psicoativos e saúde pública: variáveis envolvidas. 2008. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/rafael/psic_final.pdf> Acesso em: 24 jun. 2016.

SANTOS FILHO, L. 1 956. *Uma comunidade rural do Brasil antigo - aspectos da vida patriarcal no sertão da Bahia nos séculos XVIII e XIX*. São Paulo, Nacional, 1956.

SARDINHA, D. As duas ontologias críticas de Foucault: da transgressão à ética. *Trans/form/ação*, Marília, v. 33, n.2, p. 177-192, 2010.

SAVATER, F. *Ética como amor-próprio*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2000.

SCARANO, J. 2001. Bebida alcóolica e sociedade colonial. In: JANCSÓ, I; KANTOR, I. Festa: cultura e sociabilidade na América Portuguesa. São Paulo, Hucitec/Edusp/Fapesp/Imprensa Oficial, 2001. p. 467-486.

SCHRAMM, J. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, 897-908, 2004.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. *I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Secretaria nacional antidrogas. Brasília: Presidência da República, 2007.

_____. O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1. 10.ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.

SEEHABER, I. Atenção psicossocial: profissionais propõem melhorias no atendimento. *Jornal Bom Dia*, Erechim, p. 09, 25 de novembro de 2016.

_____. Capacitação: Erechim organiza seminário de saúde psicossocial. *Jornal Bom dia*, Erechim, p. 07, 03 e 04 de novembro de 2016.

SEIXAS, A.A.A; MOTA, A; ZILBREMANN, M.L. A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico. *Revista de psiquiatria*, Rio Grande do Sul, v. 31, n. 1, p.82, 2009. Carta aos editores.

SEVCENKO, N. *Orfeu extático na metrópole*: São Paulo, sociedade e cultura nos frementes anos 20. São Paulo, Cia. das Letras, 1992.

_____. *Revolta da Vacina*: mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Cosac Naif, 2010.

SEVERO, A. K. S; DIMENSTEIN, M. Diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de Psicologia*, Natal, v.14, n. 1, p.59-64, 2009.

SILVA, S. E. D. *et al.* Alcoolismo e a produção científica da enfermagem brasileira: uma análise de 10 anos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 276-84, 2011.

SOUZA, R.L. Cachaça, vinho, cerveja: da Colônia ao século XX, *Estudos Históricos CPDOC/FGV*, v.33, n. 1, p.1-22, 2004.

SPINK, M. J. Os contornos do risco na modernidade reflexiva: contribuições da psicologia social. *Revista da Associação Brasileira de Psicologia Social – ABRAPSO*, Porto Alegre, v.12, n. 12, p. 156-173, 2000.

SPINK, M. J. et al. Usos do glossário do risco em revistas: contrastando "tempo" e "públicos". *Psicologia, reflexão e crítica*, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 1-10, 2008.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B; MELLO, R P. Perigo, probabilidade e oportunidade: a linguagem dos riscos na mídia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 15, n.1, p. 151-164, 2002.

SPIVAK, G. C. *Pode o subalterno falar?* Trad. Sandra Regina Goulart Almeida, Marcos Pereira Feitosa, André Pereira Feitosa. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

TABORDA, J; PRADO-LIMA, P; BUSNELLO, E. D. *Rotinas em Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

VEYNE, P. Foucault revoluciona a história. In: VEYNE, P. *Como se escreve a história - Foucault revoluciona a história*. 4.ed. Trad. Alda Baltar e Maria Auxiliadora Kneipp. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998. p. 237-285. [1978]

VEYNE, P. *Foucault: seu pensamento, sua pessoa*. Trad. Marcelo Jaques de Moraes. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

WHITAKER, R. *Anatomia de uma epidemia – pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017 [2010].

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionadas à saúde: CID 10 - Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. 10. ed. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

_____. *Declaração de Caracas - Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas*, 1990. Trad. Romeu Kasumi Sasaki. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em: 22 maio 2016.

_____. *Global status report on alcohol*. Geneva, Switzerland, 2004. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf. Acesso em: 19 ago 2017.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Status Report on Alcohol and Health*. Geneva, Switzerland, 2011. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf. Acesso em: 19 ago 2017.

_____. *Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide*. Geneva, Switzerland, 2010. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44322/1/9789241599405_eng.pdf. Acesso em: 19 ago 2017.

WÜNSCH FILHO, V. Consumo de bebidas alcoólicas e risco de cancer. *Revista da USP*, São Paulo, v. 1, n. 96, p. 37-46, 2012-2013.

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA E DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO



Estado do Rio Grande do Sul

MUNICÍPIO DE ERECHIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

Endereço: Rua Monteiro Lobato, nº 185. Fone: (54) 3522 38 66

CEP: 99.700-000. Erechim – (RS)



DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA e TERMO DE COMPROMISSO

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo de pesquisa intitulado “A PRODUÇÃO DO ALCOOLISMO E A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA”, realizada pela aluna Juliana Deboni, sob orientação do professor Dr. Atilio Butturi Junior, do Programa de Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Erechim

Declaro, ainda, estar ciente da realização da pesquisa acima intitulada nas dependências do CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Erechim, 18 de julho de 2016.

Gabriela Perin

Psicóloga – CRP 07/15.1976

Diretora de Saúde Mental

SMS – Prefeitura Municipal de Erechim



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE ERECHIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Avenida Santo Dal Bosco, 200 Fone: (54) 3520-7200
CEP 99700-000 Erechim/RS

Erechim/RS, 20 de julho de 2016.

Processo 10892/2016

Em análise ao referido processo, AUTORIZAMOS o Requerente a ter acesso as informações solicitadas, no requerimento, desde que atente e respeite o sigilo das informações conforme parecer da procuradoria deste município em processos similares junto ao local onde prestará o projeto.

Referidas informações, somente poderão ser utilizadas para elaboração do projeto de pesquisa "A produção do Alcoolismo e Internação Compulsória", devendo o mesmo atentar as seguintes condições procedimentais, as quais deverão ser dada ciência ao mesmo, como segue:

A Requerente somente terá acesso aos referidos prontuários/informações, junto as dependências do CAPS ad, onde se encontram arquivados, não podendo os mesmos serem retirados do local, sob qualquer forma ou motivo.

Igualmente, a Requerente não poderá reproduzir cópias xerográficas dos referidos documentos, uma vez que tratam-se de informações que envolvem situações sigilosas, onde o sigilo dos dados e das pessoas é assegurado por força de lei.

Por fim, as informações nele contidas, quanto a nomes dos pacientes, dados do atendimento, entre outros, não poderão ser publicizados sob qualquer forma, pena de enquadramento legal do Requerente no previsto em lei.

Era o que tinha a informar.

Firme-se termo de compromisso.


Plínio Costa Júnior
Secretário Municipal de Saúde

Plínio Costa Júnior
Secretário Municipal de Saúde
Portaria 326/2009
SMS- Pref. Munic. de Erechim

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, Juliana Deboni, brasileira, psicóloga, portadora do CPF 007.446.640-20 e RG 3084296205, residente e domiciliada na Avenida Mauricio Cardoso, nº 217 Apto. 11, Bairro Centro, na cidade de Erechim/RS, venho por meio deste, firmar termo de compromisso, no sentido de garantir o sigilo de dados existentes junto aos prontuários e informações prestadas e arquivadas junto a esta SMS – ERECHIM, e CAPS ad, os quais terei acesso para pesquisa e que serão utilizados em meu trabalho do curso do programa de Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas, junto a UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL-UFFS. Comprometo-me, ainda, a não realizar nenhuma reprodução xerográfica dos mesmos ou retirá-las da SMS-CAPS ad, local onde poderei ter acesso aos prontuários e informações necessárias, sob pena de responder criminalmente e civilmente pelos danos ou divulgação inadequada dos dados ali constantes. Respeitarei o sigilo dos nomes e das partes envolvidas nas interações.

Erechim, 20 de julho de 2016.

JULIANA DEBONI
CPF nº 007.446.640-20
Requerente

