



Em  Sociedade

HANSENÍASE E CRACK; COMPARAÇÕES LEGISLATIVAS DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NO BRASIL

Thiago Pereira da Silva Flores¹

¹ Mestre e doutorando do Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da Puc Minas, é graduado em direito desde 2014 também pela Puc Minas. – rolicoflores@hotmail.com



Resumo

O presente artigo apresenta como objetivo fazer uma comparação legislativa da internação compulsória como uma medida legal para interromper a cadeia de transmissão do bacilo de Hansen, responsável pela hanseníase traçando um paralelo com a lei federal que determina a hospitalização forçada dos usuários de crack. A política pública de internação compulsória para hanseníase, foi reconhecida como crime de Estado pela Lei 11.520 em 2007. Em sentido contrário foi criada a Lei 10.216 de 2001 para hospitalização forçada dos usuários de crack. Centramos nossa análise nas duas legislações de hospitalização forçada para identificar semelhanças em seus textos normativos. A análise das legislações de hospitalização forçada para hanseníase/crack possibilitou identificar semelhanças nas bases legais para o isolamento, foi possível concluir que no Brasil a internação compulsória foi utilizada para tratamento da hanseníase e continua sendo utilizada como medida de saúde em políticas públicas para dependentes químicos em especial usuários de crack.

Palavras-chave: Internação compulsória. Hanseníase. Crack.

Abstract

This article aims to make a legislative comparison of compulsory hospitalization as a legal measure to interrupt the transmission chain of Hansen's bacillus, responsible for leprosy, drawing a parallel with the federal law that determines the forced hospitalization of people who use crack. The public policy compulsory hospitalization for leprosy, was recognized as a crime of State in 2007 by Law 11,520. Despite recognition as a crime committed by the state, Law 10.216 of 2001 was created to forced hospitalization of people using crack. We focused our analysis on two forced hospitalization legislation in order to identify similarities in their normative texts. It was possible to identify with the analysis of forced hospitalization legislation leprosy / crack, similarities on the legal basis for isolation, it was possible to conclude that in Brazil compulsory hospitalization was used to treat leprosy and continues to be used as a health measure in public policies for chemical dependents, especially crack users.

Keywords: Compulsory hospitalization. Leprosy. Crack.



1- A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA COMO MEDIDA DE SAÚDE

O presente artigo tem como objetivo fazer uma comparação legislativa da internação compulsória como uma medida legal para interromper a cadeia de transmissão do bacilo de Hansen, responsável pela hanseníase, traçando um paralelo com a lei federal que determina a hospitalização forçada das pessoas que fazem uso de crack. Entendemos que a hanseníase e o crack estão interligados pelo instituto da internação compulsória. A implementação da lei que visa à hospitalização forçada das pessoas que fazem uso de crack, reforça a compreensão de que o uso da referida substância é decorrente de uma patologia que impossibilita o sujeito a tomar decisões, portanto, deve ser tratado em espaços fechados, isolados do convívio social, assim como era na hanseníase.

Registros apontam que a hanseníase é conhecida há mais ou menos quatro mil anos na Índia, China e Japão, e já existente no Egito 4.300 anos a.C. A “lepra” foi difundida na Europa Oriental pelos exércitos persas, mais tarde pelos romanos, pelos sarracenos e pelas cruzadas; no Ocidente foi difundida pelos espanhóis e portugueses. Os fenícios a expandiram para toda costa do Mediterrâneo, as expedições de Alexandre o Grande contribuíram para a sua difusão na bacia oriental. (CAMPOS e FLORES, 2012)

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), ou bacilo de Hansen. Os sinais e sintomas, podem ser observados no aparecimento de manchas na pele de cor branca ou vermelha acompanhadas por insensibilidade. Quando feitos diagnósticos tardios a doença evolui para formas mais graves, ocasionando incapacidades



físicas. (MONTEIRO 1998).

Os primeiros focos da hanseníase no Brasil foram constatados através de censos realizados no Estado de São Paulo, em 1880. Os gestores públicos perceberam que os casos se proliferaram dentro de uma mesma família, levando-os a acreditarem inicialmente que a doença era transmitida de forma hereditária, nessa época os ricos eram tratados por médicos particulares e os pobres através da ajuda da igreja, benzedeiros e hospitais filantrópicos. Os primeiros hospitais públicos começaram a ser construídos após analisarem que a doença não era transmitida de forma hereditária, mas pelo contato entre as pessoas. A construção dos locais públicos para tratamento foi recomendado pelo médico Oswaldo Cruz, quando diretor Diretoria Geral de Saúde Pública em 1903 (GOMIDE, 1991).

Feito uma introdução sobre a hanseníase doença, vamos trabalhar a dependência química também como doença, para aquelas pessoas que fazem o uso abusivo de alguma substância, na nossa análise o crack. Para a OMS (Organização Mundial da Saúde), droga é qualquer substância psicoativa lícita ou ilícita, que cause dependência química e /ou psíquica no usuário. A dependência química é entendida como doença crônica, atinge o sistema nervoso, com sérias consequências físicas e psicológicas oriundas do uso compulsivo de determinada substância. O diagnóstico de dependente químico é realizado por um profissional médico que classifica a dependência com o CID (Código Internacional de Doenças) correspondente, as dependências químicas mais conhecidas no Brasil são: bebidas alcoólicas - CID f.10.2; nicotina encontrada em cigarros de fumo em geral - CID f.17.2; maconha e haxixe - CID f.12.2; cocaína ou a pasta base em pedra (crack) - CID f.14.2, tema do nosso estudo. (BAZILLI, 1998).

Analisando as origens do crack, pode-se afirmar que essa droga fora concebido dentro de um sistema proibicionista americano que tinha como objetivo dificultar o refino da pasta base de coca. Pela sociologia jurídica, é possível classifica o crack como um produto que se originou do efeito contrário à norma. Importante também destacar que somado a esse fator, o crack surgiu nos chamados guetos das periferias americanas, em áreas que já eram marginalizadas. A substância logo se expandiu pelo mundo, no Brasil, a chegada massificada da droga se dá na década de 1990, sempre relacionada com as populações mais vulneráveis. A



partir do uso do crack, se formou grande aglomerações para o consumo que são conhecidas como “Cracolândias”. (AZEVEDO e ZOUZA, 2017)

A partir do final do século XIX, as legislações brasileiras passaram a contemplar as questões de saúde como um problema de ordem social, que deveriam sofrer a interferência do governo para a sua resolução. Para tanto, foram criados os Conselhos, Inspetorias, Diretorias e Serviços de Saúde Pública, que tinham a incumbência de fazer recomendações, regulamentos e ordens, além de promover a vigilância sanitária e manter um serviço de notificações e de estatística, iniciando-se assim as primeiras políticas de Saúde Pública no Brasil. (CABRAL, 2013).

Em 1904 foi promulgado o primeiro Regulamento Sanitário da União, que determinava a internação dos portadores da hanseníase e os colocava sob controle do poder público de forma compulsória. Para tanto, foram construídos leprosários, asilos e colônias agrícolas. Tal política cumpriu seu objetivo de sanear as cidades, segregando os considerados “inaptos” ao convívio social, as pessoas portadoras de “lepra” hoje hanseníase, não eram as únicas a serem isolados da sociedade, os portadores de doenças mentais e mendigos também eram recolhidos em tais instituições (MONTEIRO, 1998).

As primeiras medidas para o isolamento compulsório para a hanseníase no Brasil foram realizadas através de decretos e portarias, destaque para o decreto 16.300 de 31 de dezembro de 1923, que aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde. A partir desta data se iniciaram outros projetos para a construção de sanatórios públicos para o isolamento de doentes. (CABRAL, 2013).

Os sanatórios eram projetados para serem autossustentáveis em sua estrutura física, médica e social. Existiam moradias coletivas e individuais, unidades de saúde para cuidados de curta duração e prolongados, áreas de recreação, locais de produção alimentícia, serrarias, carpintarias, olarias, serviço de transporte, serviço de guarda, serviço de limpeza e serviços administrativos. Tirando a função médica hospitalar, os outros serviços eram feitos pelos próprios internos. (CUNHA, 2005).

A criação do Serviço Nacional de Lepra em 1941, consolidou uma maior atuação do Governo Federal frente ao aumento dos casos da doença no país, sendo possível



introduzir medidas “nacionais” para aumentar a vigilância e a internação compulsória. A atuação federal sobre a parcela doente da população tornou-se mais enérgica após a construção e inauguração de uma série de instituições para promover o isolamento compulsório. As ações de notificação e de isolamento, realizadas pelos técnicos do Serviço Nacional de Lepra, tornaram-se mais efetivas, em dezembro de 1941, segundo dados da vigilância em saúde, existia mais de 15 mil doentes internados compulsoriamente nos mais de 30 sanatórios existentes no Brasil. (CUNHA, 2005).

As articulações do Serviço Nacional de Lepra, foram fundamentais para a aprovação da Lei nº 610, de 13 de janeiro de 1949, que regulamentava a política pública de combate à doença, autorizando a internação compulsória dos suspeitos de estarem com a doença e a separação de seus filhos, unificando a legislação em todo o Brasil. (CAMPOS e FLORES, 2012)

Embora Castro e Watanabe (2009), afirmem que a internação compulsória para hanseníase foi legalmente abandonada no ano de 1962, esse fato não ocorreu. Em maio de 1962, se promulgou o Decreto 968 que baixava normas técnicas especiais para o combate a lepra no país e dava outras providências. O Decreto 968 incentivava meios de promover a vigilância sanitária sempre visando a elevação do nível de saúde das populações, como escrito no Párrafo Único do art. 1º: *“no combate à endemia Leprótica será, sempre que possível, evitada a aplicação de medidas que impliquem na quebra da unidade familiar, no desajustamento ocupacional e na criação de outros problemas sociais.”* (DECRETO 968, 1962)

Do ponto de vista legal, o fim da legislação que permitia o internamento compulsório no Brasil para hanseníase aconteceu no ano de 1968, quando a Lei 610 foi revogada pela Lei 5.511, apenas oito anos depois, o Ministério da Saúde através da Portaria nº165, de 14 de maio de 1976, iniciou novas formas de tratamento para doença. Na medida em que as colônias foram construídas em locais afastados dos centros urbanos, com produção autossuficiente e infraestrutura, a segregação foi plena, tornando as pessoas internadas isoladas da sociedade não apenas geograficamente, mas também isoladas no aspecto social, psicológico e histórico.



A internação compulsória de fato continuou sendo aplicada pelos estados federados até o ano de 1986. Em maio de 2007, a Lei 11.520 apontou para o mês de dezembro do ano de 1986, como data final onde se praticou no Brasil a internação compulsória para hanseníase. As pessoas que foram internadas compulsoriamente tiveram o reconhecimento do Estado brasileiro como sendo criminosa a política sanitária de isolamento. Tal reconhecimento se deu pela promulgação da MP 373 de 24 de maio de 2007, convertida em Lei 11.520 de 18 de Setembro de 2007, que garantiu e garante a toda pessoa internada compulsoriamente para o tratamento da hanseníase em algum hospital colônia no Brasil até o ano de 1986, o direito a uma indenização mensal e vitalícia paga pelos cofres da União.

Mesmo o Brasil reconhecendo como errônea a internação compulsória para o controle de uma doença no caso a hanseníase, a política de internação compulsória como medida de saúde para o tratamento de dependentes químicos foi regulada pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, para ser aplicada em todo território nacional, estando atualmente em plena execução principalmente nas grandes capitais. A internação compulsória vem sendo utilizada como medida de saúde, o público alvo da segregação são os dependentes químicos, em especial os usuários de crack, nosso grupo de análise.

A internação compulsória é utilizada como forma de tratamento para diversas doenças, a medida é conhecida historicamente como instrumento para “lidar” com minorias que se tornam uma questão social a ser resolvida, sendo justificada pela teoria sanitária eugenista. A eugenia marca um movimento médico de controle de grupos inteiros, os eugenistas entendem que determinadas moléstias são hereditárias, tais como tuberculose, sífilis, “lepra”, alcoolismo e doenças mentais, o que enseja o confinamento dos “doentes” em locais fechados (CASTAÑEDA, 2003).

Os eugenistas influenciaram legisladores, economistas, executivos. O pensamento eugenista foi reforçado pela teoria utilitarista, que tem sua origem mais conhecida nas obras de Jeremy Bentham (1748-1832), o objetivo da teoria utilitarista é maximizar a felicidade do maior número de pessoas. Suas ideias se basearam na análise dos mendigos nas ruas e a infelicidade que causavam ao serem vistos pelo conjunto da sociedade, de modo que a



retirada destes das ruas, proporcionava maior felicidade ao conjunto da sociedade, pela teoria utilitarista, a felicidade do grupo majoritário deve ser uma busca constante da vida em sociedade (SANDEL, 2012).

As práticas de isolamento compulsório na hanseníase foram desenvolvidas em clima de instabilidade política nacional, esse fato pode ser comprovado pela vigência no país de cinco Constituições Federais entre os anos de 1920 a 1986 de um total de sete constituições. Em 66 anos, o Brasil passou por regimes políticos conhecidos como Brasil República, Segunda República, Estado Novo, Democracia de 1946 e o Regime Militar de 1967. Nesses períodos, medidas de exclusão eram desenvolvidas sem muitos questionamentos, as noções de direitos e garantias individuais não eram apropriadas pelas camadas mais populares. (GOMIDE, 1991).

As medidas higienistas para o internamento compulsório para os usuários de crack se diferem da hanseníase uma vez que estão sendo executadas em pleno Estado Democrático de Direito. A Constituição Federal de 1988 garante a saúde como direito, cujo exercício deve ser executado em conjunto com a dignidade da pessoa humana. É incompatível com o sistema de direitos fundamentais, reconhecido pela Constituição Federal de 1988, a adoção de medidas restritivas à liberdade com a finalidade de submeter o cidadão a tratamento de saúde contra própria vontade ou a de sua família, sob o argumento da necessidade, como é o caso da internação compulsória utilizados na atualidade, com usuários de crack.

É possível afirmar que a prática da internação compulsória é direcionada a minorias sociais em situação de marginalidade, essa situação, justifica a manutenção do Estado brasileiro na execução de políticas públicas, repressivas e conservadoras em diferentes contextos políticos e sociais.

2- A MARGINALIDADE PRESENTE NA HANSENÍASE E NO CRACK

A política pública que foi executada no Brasil para o controle da hanseníase até o ano de 1986 era a exclusão social através da internação compulsória, as pessoas eram isoladas nas antigas colônias para “tratamento”. Esse isolamento criou e reforçou estigmas oriundos da marginalidade da medida. Importante destacar que por décadas a única forma de tratamento



da hanseníase era a institucionalização dos doentes, afastando-os do convívio social por meio da internação compulsória, além disso, em outros períodos da história, aqueles que eram diagnosticados com a doença eram imediatamente afastados do trabalho e aposentados, muitas dessas aposentadorias eram justificadas pela perda da sensibilidade nas extremidades como mãos e pés, essa condição fazia com que as pessoas se mutilassem em suas atividades, mas a grande maioria era afastada do trabalho apenas pelo medo e discriminação ligadas a doença. Os rótulos oriundos desse período ainda estão presentes nos dias de hoje.

O conceito de marginal pode ser compreendido por estar à margem de algum ponto, como exemplo um rio, avenida ou rua. No campo jurídico estar à margem é relativo a indivíduos que estão no limite da lei. Ou seja, é uma posição que está relacionada a um modelo social predominante. Wacquant (2007) propõe modos distintos de compreender o que ele denomina de “marginalidade avançada” como sendo as novas formas de exclusão social de determinados grupos em cidades do “Primeiro Mundo”, consequência das formas de crescimento desiguais e desarticulados das sociedades e economias ocidentais, os grupos excluídos ou à margem são em geral estigmatizados.

Em seu texto “Estigma e Identidade Social”, Goffman (2008) nos ensina que o termo estigma foi criado pelos gregos como forma de identificar algum sinal corporal classificado como algo de extraordinário ou mal a respeito do status moral de quem os tinha, esses sinais eram marcas feitas com fogo no corpo das pessoas para que a sociedade pudesse identificar um escravo, criminoso ou traidor. São atributos socialmente construídos, explica Goffman (2008) que a sociedade é quem constrói os atributos considerados naturais ou comuns para categorizar os indivíduos segundo o autor como possuidores de uma “Identidade social real”.

Um importante tema trabalhado por Wacquant (2007) alude para a estigmatização de locais físicos, que foram utilizados na marginalização de pessoas ou grupos, geralmente pela associação à pobreza e pertencimento étnico, resultando na desqualificação do indivíduo e a restrição de sua aceitação pelos demais. Tal situação pode ser uma justificativa e dar azo a operações de “renovação urbana” para readequar o espaço ao interesse do mercado. Exemplifica o autor: *“enormes refuerzos de musculosos policías, busca esencialmente expulsar y dispersar a los drogados, squatters, desocupados y otros desechos locales a fin de*



reinsertar a esse barrio em el mercado inmobiliario de la ciudad” (WACQUANT, 2007, p. 278). A teoria trazida pelo autor nos remete às operações policiais nos grandes centros metropolitanos especificamente nas chamadas “Cracolândias” locais onde se consome e vende drogas, a “renovação urbana” apresentada como necessário para a defesa de diversos interesses em sua maioria pelas questões econômicas e de mercado.

Velho (1981) afirma que os processos de estigmatização passam pelas identidades sociais marcadas por categorizações desabonadoras, as quais colocam as pessoas pertencentes a grupos socialmente minoritários em “posição social inferior”, tais pessoas são constantemente apontadas pelos demais como responsáveis pelos problemas cotidianos a sua volta e alvo de “cruzadas moralistas”, preconceito e discriminação, podendo mesmo chegar a casos de agressividade e hostilidade, o que inevitavelmente influi no prestígio social.

Goffman (2008) afirma que a criatura estigmatizada poderá utilizar do seu estigma para ganhos secundários, ou seja, o estigmatizado pode ver as privações que sofreu como uma bênção secreta, especialmente devido à crença de que o sofrimento muito pode ensinar a uma pessoa sobre a vida e sobre as outras pessoas. A estigmatização territorial, é uma questão a ser colocada em pauta no sentido de alertar os governos, sobre os efeitos reais e nocivos, uma vez que deixam seus moradores à margem de políticas públicas ao invés de incluir os atuais moradores na elaboração de estratégias políticas. Tal situação põe em questão o exercício da cidadania, dado aos obstáculos impostos ao acesso os bens e serviços distribuídos em nome da coletividade.

As colônias para tratamento da hanseníase e os territórios onde são apontados como sendo locais de uso de crack são territórios estigmatizados, não são objetos de políticas públicas que levem em conta o universo específico intersetorial das questões, na maioria das vezes ao contrário, o que podemos observar são medidas governamentais que reforçam a estigmatização territorial, preconceito e reações sociais. Nessa perspectiva aponta os ocupantes dos territórios como desviantes e os locais como as “Colônias” e “Cracolândias” como sendo territórios estigmatizados e seus grupos sociais classificados como desviantes.

Segundo Becker (2008), todos os grupos sociais são impositores de regras, são as regras sociais que definem os tipos de comportamento apropriado especificando algumas



ações como certas e proibindo outras como erradas. Quando uma pessoa infringe a regra é encarada como *outsiders*, mas em um segundo termo aquele que infringe a regra pode pensar que seus juízes são outsiders. Dentro das definições de desvio de Becker (2008), outsiders é aquele que se desvia das regras sociais. Podemos dizer que as pessoas que tiveram hanseníase e foram internadas compulsoriamente aliadas com as pessoas identificadas como usuárias de crack, são apontadas pelo conjunto da sociedade como sendo outsiders.

Qualquer cidadão no território brasileiro, independente da classe social, no momento que é apontado como pessoa que faz o uso do crack desperta no imaginário coletivo a imagem de uma pessoa suja, mal vestida, que oferece perigo através da violência, facilmente apontado e identificado como maltrapilho perambulante mal cheiroso e que causa repulsa.

Segundo Medeiros (2010) a conotação sensacionalista, moralista, jurídica ou biomédica do assunto, faz com que se imagine que o uso do crack atue negativamente no indivíduo, de modo que, ao se fazer o uso da substância, o “cidadão” perde, no mesmo instante, a capacidade de responder por si, deixando seu corpo subordinado à pedra de crack e essa, por sua vez, é capaz de aniquilar, além do usuário, as pessoas de seu ambiente como por exemplo familiares, amigos ou quem faça parte das relações sociais. A autora completa afirmando que situações de desestrutura familiar acontecem neste contexto, mas o apelo midiático por demonstrar apenas as tragédias ligadas ao uso do crack faz com que se tenha uma visão cada vez mais apelativa da situação.

Considerando o crack como a droga da atualidade, podemos pensar o contexto capitalista da sociedade de consumo, gerando uma cadeia comercial completa, desde os grandes traficantes, os “empresários do crack”, donos de boca, os “gerentes”, vendedores, aviõezinhos e consumidores de variadas classes sociais. Neste contexto, de acordo com Medeiros (2010), o comércio dessas substâncias favorece as populações que vivem na periferia das cidades. A combinação dinheiro rápido e comércio gera renda e faz com que várias famílias garantam seu sustento oriundo desse comércio ilícito que se mostra coerente com a proposta da sociedade de consumo, quando observada a capacidade de unir dinheiro e consumo como combustíveis das sociedades contemporâneas.

A marginalidade oriunda do crack é também percebida nas instituições que acolhem



aqueles que necessitam de ajuda. Segundo Cetlin (2010) a etimologia da palavra “tratamento” vem de trato, pacto ou contrato, no meio jurídico, é possível classificar esses instrumentos como sendo fruto da vontade de pelo menos duas pessoas. O debate colocado é sobre a identidade dos sujeitos que necessitam ser tratados por causa do uso abusivo, se são doentes ou criminosos. Cetlin (2010) ensina que a medicalização e a criminalização do consumo de substâncias psicoativas pressupõem, dessa forma, a construção do usuário, ora como dependente ora como criminoso.

A internação compulsória para usuários de crack pode ser interpretada como um retrocesso nas políticas reformistas da saúde mental. A produção social do fenômeno do crack, fez ressurgir esse instituto como elemento central para a execução de uma política de institucionalização justificada pelos argumentos jurídicos e psiquiátricos. Importante destacar, que os efeitos dessa nova forma de institucionalização, atinge somente às populações em situação de vulnerabilidade, a internação compulsória para esses grupos, se torna um atestado de fracasso do Estado, que não consegue executar políticas públicas de saúde e sociais, em conformidade com os direitos e garantias individuais. (AZEVEDO e ZOUZA, 2017)

Os dois grupos sociais na hanseníase e crack gozam em comum o pertencimento aos grupos marginalizados. Dado essa ligação social nos casos da internação compulsória da hanseníase e crack no Brasil, vamos aprofundar no instituto “internação compulsória” demonstrando as semelhanças nas legislações e destacando o papel da instituição como um lugar heterônimo de rotulação dos “doentes” e legislador sobre a vida dos sujeitos, para isso, utilizaremos o método comparativo para que seja metodologicamente possível realizar tais comparações, no próximo tópico vamos aprofundar a explicar tal método.

3- O MÉTODO COMPARATIVO

Neste primeiro momento será analisado o método comparativo e sua aplicabilidade para análise dos objetos de estudo selecionados, qual sejam, os instrumentos legais utilizados pelo governo brasileiro para regular a internação compulsória no Brasil, a Lei nº 610, de 13 de janeiro de 1949, revogada pela Lei nº 5.511, de 1968, que regulamentava a internação compulsória das pessoas atingidas pela hanseníase, e a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001,



em vigor, que dispõe sobre a internação compulsória de pessoas portadoras de transtornos mentais e dependentes químicos. A comparação é entendida por Sartori (1994, p. 29) “*como um método de controle das generalizações empreendidas, confrontando uma coisa com a outra, verificando se as generalizações existentes permanecem*”.

Segundo Bohn (2005), a análise comparativa vai além de uma técnica de pesquisa, sendo também um conjunto de metodologias ou estratégias de pesquisa que tem por objeto análise de contextos distintos com o fim de validar, rejeitar ou criar hipóteses. É aplicada para verificar similaridades e diferenças entre unidades selecionadas, de modo a “*testar hipóteses, construir teorias e inferir causalidade, identificando padrões e processos, atentando especialmente para as regularidades, pois a prioridade é dada à explicação das semelhanças*”. (SANTOS, COUTINHO, 2002, p. 6/10).

Por outro lado, para Sartori (1994), o ideal seria encontrar casos similares em todas as variáveis exceto em uma, qual seja, aquela que desejamos analisar, ou o contrário, encontrar entidades que se diferem em todas as características salvo naquela que nos interessa observar se questionando, por exemplo, quais as exceções a uma regra. Isto porque as regras nas ciências sociais são probabilísticas, entendidas como leis de tendências diante das complexidades dos fenômenos analisados, de modo que as exceções não as refutam, o que se resolve pela reformulação das regras com a incorporação das exceções.

Assim, cabe pensar no que se pode comparar o que é comparável. É possível afirmar que objetos de estudo podem ser comparados em relação às suas propriedades comuns. No início da pesquisa cabe pensar sobre quais propriedades ou características dos objetos podem ser comparados e sobre quais não podem. Se dois objetos possuem todas as propriedades similares a análise termina, pois representam a mesma entidade, e o inverso também se aplica, pois dois objetos de todo diferente tornam inútil a comparação. Neste sentido, “*las comparaciones que sensatamente nos interesan se llevan a cabo entre entidades que poseen atributos en parte compartidos (similares) y en parte no compartidos (y declarados no comparables)*” (SARTORI, 1994, p. 35).

O método comparativo aplicável às ciências sociais é aquele que analisa variações concomitantes, na medida em que se mostra por deveras difícil achar fenômenos sociais que



tenham por semelhança ou diferença um único ponto (GONZALES, 2007). Por isso a escolha dos casos analisados consiste em estabelecer similaridades e diferenças, sendo no entanto, difícil estabelecer nas ciências sociais os pontos de divisão e graduação entre as características observadas, de modo que são deixadas para decisão de cada pesquisador (SARTORI, 1994).

A seleção do caso deve se basear em uma variável independente, ou seja, encontrar a característica ou propriedade determinante para a ocorrência do resultado, efeito ou consequência. Pode ser entendido como o fator ensejador de uma resposta, para tanto, necessário ter profundo conhecimento do contexto para isolar o “impacto sobre o fenômeno social estudado” (BOHN, 2005).

O presente trabalho pretende a comparação entre as duas leis, uma em desuso outra em vigor, para se promover a internação compulsória como medida de saúde no Brasil. No entanto, há que se explicarem os motivos pelos quais esses dois objetos de estudo foram selecionados para que, confrontados, nos permitam a compreensão do fenômeno.

A internação compulsória foi um instrumento utilizado por diversos países para o tratamento de doenças. Os dois casos hanseníase e crack, têm por diferença principal o fato de que a internação compulsória das pessoas atingidas por hanseníase teve a lei revogada e posteriormente declarada como um grave erro na história no Brasil. Os ex-internos da hanseníase tiveram o reconhecimento do Estado brasileiro como criminosa a política sanitária baseada no isolamento compulsório para tratamento da doença.

Noutro norte, a internação compulsória do dependente químico está em vigor, regulada e em plena implementação, principalmente nas grandes capitais. Atualmente a dimensão midiática dada, incomoda a sociedade, que acaba por considerar a pessoa que faz uso dessa substância, incapaz de titular seus direitos, sujeito inoportuno, repugnante e portador de uma patologia, logo um doente. Portanto, deve ser retirado das vistas da sociedade e banido dos grandes centros, esses argumentos morais acabam por marginalizar a pobreza e fortalecer os estigmas, preconceitos e medidas de exclusão.

Neste sentido, certo que é possível utilizar o método comparativo para analisarmos os



regulamentos legislativos editados pelo Estado brasileiro para a implementação da política de internação compulsória enquanto medida de saúde, uma vez que possuem características similares e diferentes. Assim, passamos à análise da utilização da internação compulsória como medida de saúde.

4- LEIS DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA, HANSENÍASE E CRACK

Em análise do conteúdo da Lei nº 610, de 13 de janeiro de 1949 e da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, encontramos algumas semelhanças. Primeiramente, ambas foram elaboradas pelo Congresso Nacional, com sanção presidencial, para regular uma política de saúde que propõe fornecer à população serviços médicos públicos.

As leis em análise apresentam como semelhança o sigilo das informações dos pacientes e do serviço prestado, auxílio médico permanente, esclarecimentos sobre a condição de saúde do paciente, realização frequente de exames e acompanhamento hospitalar. O serviço é prestado em estabelecimento hospitalar público e gratuito, no entanto, também pode contar com a parceria de instituições particulares, sob fiscalização do governo, que prestam serviços à população que detém recursos econômicos para custeá-los.

Em síntese, a internação compulsória em locais hospitalares foi, e continua sendo, medida de saúde utilizada pelos governos como forma de separar do convívio social os sujeitos acometidos por determinadas “doenças”. Importante destacar que a massificação dessas medidas é direcionada às camadas populares, uma vez que, é possível aos que possuem recursos financeiros, se utilizar de instituições privadas. Para aclarar a comparação das medidas legais relacionadas ao tratamento da hanseníase e de dependência química, apresentamos o quadro 1 para melhor entendimento, sobre as semelhanças na legislação:

**Quadro 1 – Semelhanças entre as duas legislações**

SEMELHANÇAS	LEI Nº 610, DE 13 DE JANEIRO DE 1949	LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001
Sigilo	§ 1º - O Serviço de Profilaxia da Lepra manterá sigilo sobre a internação do doente e a executará com a maior discricção possível. § 3º Será sempre conservado em sigilo o nome do notificante	Art. 2º IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
Auxílio médico	§ 4º O examinando terá direito de ser assistido por médico da sua confiança, durante os exames ou reexames a que for submetido.	Art. 2º V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
Local para a internação compulsória	Art. 10. O isolamento será feito: c) em leprosário; b) em domicílio. Art. 11. O isolamento leprocomial será, por via de regra, feito em estabelecimentos oficiais dos tipos colônia ou sanitário, ou em estabelecimentos particulares de tipo sanatorial. § 1º Os sanatórios mantidos por particulares ficarão subordinados à fiscalização dos serviços oficiais de profilaxia da lepra.	Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental , assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.
Centralidade no poder executivo	Art. 32. As medidas de combate à lepra serão postas em prática através de serviços centrais de direção, orientação e fiscalização aos quais ficarão subordinados os órgãos executivos, a fim de garantir a homogeneidade, continuidade e eficiência dos trabalhos.	Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Fonte: Elaborado pelo autor



Em nossa análise, encontramos algumas diferenças entre as legislações que tiveram por fim formular e regular uma política pública de saúde. A ementa dos diplomas legais na Lei nº 610, de 13 de janeiro de 1949 tem por objetivo fixar normas para a profilaxia da “lepra”. Já a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 tem por finalidade a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. É possível, fazendo um recorte histórico perceber justificativas diferentes para a execução de ambas, sendo que a primeira apresenta uma proposta de exclusão e extermínio de uma doença e a segunda, a “integração” e “proteção” do sujeito.

Outra diferença consta na excepcionalidade da medida de internação compulsória. A Lei nº 610 tinha a internação involuntária como regra, sendo que foi legislada uma ampla rede de notificantes para que dessem notícias sobre supostos casos de doenças. A Lei nº 10.216 prevê a internação compulsória como medida excepcional, indicada apenas, e tão somente, quando recursos extra hospitalares não demonstrarem eficácia no tratamento.

A Lei nº 610 previa apenas a internação compulsória, mesmo que o doente se comprometesse se apresentar para o tratamento ambulatorial, apenas sairia do hospital após liberação médica, sendo desnecessário o consentimento do paciente. No entanto, importante frisar que o isolamento poderia ocorrer em ambiente doméstico ou em leprosários. A Lei nº 10.216, prevê a possibilidade de internação voluntária, involuntária e a compulsória, sendo que a voluntária exige o consentimento do paciente.

O tratamento fornecido pelo governo federal, público e gratuito, foi disciplinado de forma diferenciada nas leis ora examinadas. A Lei nº 610 dispunha sobre a alocação dos doentes em estabelecimentos oficiais gratuitos, ocorre que discorria sobre a possibilidade de alocações especiais para aquelas pessoas de melhor situação financeira, as acomodações eram especiais e o sigilo absoluto. Já a Lei nº 10.216 alude para a ausência de diferenciação decorrente de recursos econômicos. Na prática, existe uma disputa comercial entre as clínicas privadas para prestação de serviços e a celebração de convênios com entes públicos.

É possível apontar a diferença marcante entre ambas as legislações o que se encontra subjacente é a consideração da pessoa como doente. A Lei nº 610, tratava os sujeitos como



“suspeitos” e dispunha de uma ampla rede de notificantes e de vigilantes; as pessoas eram imediatamente separadas de seus familiares e de toda convivência social e comunitária, dado ao perigo social que representavam aos demais cidadãos. Dessa forma, a lei foi criada para garantir o isolamento, segregação e exclusão.

Já a Lei nº 10.216 em seu conteúdo considera o sujeito como detentor de direitos. A internação somente é autorizada após processo de feita por profissional médico. Deve ser priorizado o convívio com a família e garantir a reinserção social. Por fim, a Lei nº 610 é uma lei revogada, ou seja, não possui mais eficácia na legislação brasileira. Noutro lastro, a Lei nº 10.216 está em vigor e tem servido de base para as grandes “operações” massificadas para a internação compulsória.

Outro ponto de comparação é o contágio da doença: a hanseníase é contagiosa e o isolamento foi justificado como forma de rompimento da rede de transmissão, isso situa o paciente no lugar de vítima, enquanto que a dependência química, especialmente o crack, transmite medo, terror à população, situando o sujeito no lugar de perigo social, imoral e provocador. A Lei nº 610 na prática, continuou sendo aplicada mesmo após a sua revogação, até o ano 1986. Abaixo, alguns dispositivos legais dão conta das diferenças encontradas entre as duas legislações:

**Quadro 2 – Diferenças entre as duas legislações**

DIFERENÇAS	LEI Nº 610, DE 13 DE JANEIRO DE 1949	LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001
Excepcionalidade da medida	Art. 8º E' também obrigatório o isolamento dos casos não lepromatosos, que, pelas condições e hábitos de vida do doente ou pela sua insubmissão às medidas sanitárias, constituam ameaça, a critério da autoridade sanitária, para a saúde da coletividade.	Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.
Tipos de internação	Art. 7º E' obrigatório o isolamento dos casos contagiantes de lepra, compreendidos . a) todos os de lepra lepromatose; b) todos os não lepromatosos, que, em virtude dos exames clínicos e de laboratório e a juízo da autoridade sanitária, tornem provável a hipótese do contágio. Art. 9º Além desses, poderão também ser internados em leprosários, a juízo da autoridade sanitária, quaisquer casos quando os doentes não puderem obter os recursos necessários à própria subsistência, ou forem portadores de estigmas impressionantes de lepra.	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.
Tratamento diferenciado a depender dos recursos econômicos	Art. 12º Serão inteiramente gratuitos o tratamento e a manutenção dos doentes internados nos estabelecimentos oficiais. Parágrafo único. Nesses estabelecimentos poderá haver alojamentos especiais para doentes contribuintes, que ficarão, entretanto, sujeitos à disciplina e ao regime nêles em vigor.	Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.
Tratamento dado ao doente	Art. 4º Todo caso "suspeito" de lepra, até completa elucidação diagnóstica, deverá submeter-se a exames periódicos, de preferência nos dispensários do serviço oficial de profilaxia da lepra, e com os intervalos fixados pela autoridade sanitária.	II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
Rede de notificantes	Art. 5º É obrigatória a notificação dos casos confirmados ou suspeitos de lepra.	Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.



Convivência familiar	Art. 15º Todo recém-nascido, filho de doente de lepra, será compulsória e imediatamente afastado da convivência dos Pais. Art. 16º Os filhos de pais leprosos e todos os menores que convivam com leprosos serão assistidos em meio familiar adequado ou em preventórios especiais. Art. 17º Será exercida rigorosa vigilância sanitária sobre os doentes isolados em leprosários, os suspeitos e os que estiverem em observação, de modo que se torne fácil promover e fiscalizar o cumprimento das leis e regulamentos sanitários no tocante à lepra.	§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio
-----------------------------	---	---

Fonte: Elaborado pelo autor

Deste modo, nota-se que as leis aqui analisadas apresentam semelhanças e diferenças observáveis através do método comparativo, indispensável para a análise de situações as quais sejam possíveis de comparação.

Ao examinar as leis, observamos que não se encontra descrito em ambas às legislações à questão do tempo máximo de internação e isolamento. Para a política de hanseníase, o confinamento poderia ser eterno, ou seja, as pessoas permaneciam nas instituições, até a sua morte, pois mesmo curadas, não conseguiam se inserir socialmente em outros espaços, devido à discriminação e o preconceito social.

Quanto ao tempo de confinamento do usuário/dependente de crack está relacionado ao que determina a autoridade médica. O direito penal brasileiro restringiu a privação de liberdade ao máximo 30 anos. Em contraponto, a essa informação é necessário dizer que existem milhares de pessoas que estão em hospitais psiquiátricos, sem previsão de alta, por um período superior, pois, foram institucionalizadas antes da Lei 10.216 e permanecem até os dias atuais.

Sandel (2012) discorre sobre o autoritarismo como forma de governo caracterizada por obediência absoluta ou cega à autoridade, que exerce oposição as liberdades individuais. As características dos sistemas autoritários são compostas por quatro fatores: 1- pluralismo político limitado, isto é, restrições sobre as instituições e grupos políticos (como legislaturas, partidos políticos e grupos de interesse); 2 - legitimidade com base na emoção, especialmente a identificação do regime como um mal necessário para combater a



problemas sociais facilmente reconhecíveis; 3- ausência de uma mobilização política intensa ou extensa e restrições sobre as massas com medidas repressivas e 4 - um poder executivo formalmente mal definido, ausente e instável. As medidas que caracterizam o autoritarismo conforme o autor foi e continua sendo, em sua maioria, as bases do isolamento compulsório da hanseníase no passado e para os usuários de crack no presente.

5- CONCLUSÃO

Por todo o exposto, podemos concluir que no Brasil a internação compulsória foi utilizada para tratamento da hanseníase e continua sendo utilizada como medida de saúde em políticas públicas para pessoas com transtornos mentais e dependentes químicos. Isto se verifica de forma clara a partir da análise dos regulamentos editados pelo Estado brasileiro, especialmente a Lei nº 610, de 13 de janeiro de 1949, revogada pela Lei nº 5.511, de 1968, que regulamentava a internação compulsória das pessoas atingidas pela hanseníase, e a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, em vigor, que dispõe sobre a internação compulsória para pessoas com transtornos mentais e dependentes químicos.

Tais regramentos legislativos podem ser observados através do método comparativo, analisando as similaridades e diferenças, contribuindo assim para o estudo e interpretação da política de saúde, que carrega em si fundamentos calçados nas teorias eugenistas e utilitaristas. As pessoas acometidas pela hanseníase e os usuários de crack foram e continuam sendo excluídas da sociedade, essa exclusão se faz baseada na caracterização do outro como desviante “outsider”. Caracterizar o outro como outsider, cria a justificativa necessária para que o seu afastamento da sociedade seja necessário, defendido e executado.

Curioso de se pensar é que internação compulsória continua em uma crescente ainda que reconhecido o equívoco do Estado em relação à hanseníase assim como de outras enfermidades que foram submetidas ao registro de internação compulsória, observamos que a legislação brasileira mantém essa prática até os dias atuais, pela Lei Federal 10.216 que regulamenta a internação compulsória para os usuários de crack. A análise da referida legislação possibilitou identificar em sua base a centralidade do poder executivo com o objetivo de exercer o controle que separa os sujeitos apontados como desviantes das regras



sociais pelo uso do crack do convívio social.

A simbologia do uso da substância crack não é compreendida através da multidisciplinaridade de saberes. Hoje o crack é uma patologia social e o foco nos usuários está mais relacionado às condições socioeconômicas das pessoas vivendo em situações de miséria provocada pelas desigualdades sociais do que da substância e seus efeitos em si. Importante destacar que as legislações que regulamentam as hospitalizações forçadas promovem um recorte social, direcionando a medida às camadas populares que necessitam dos serviços públicos, sendo por esses identificados. A parcela da população que possui mais recursos financeiros utiliza as instituições privadas para o tratamento, ocultando sua identidade e garantindo um tratamento de excelência em saúde. Essas pessoas não ficam expostas às intervenções do Estado que se utiliza da força policial para execução.

O fenômeno urbano de migração do campo para a cidade foi acompanhado da criação de áreas para abrigar os diferentes grupos sociais com critérios de separação econômica. Além dos bairros dos ricos, da classe média e dos operários, iniciou-se também a limpeza urbana que compreende a retirada das pessoas apontadas como indesejáveis aos olhos do conjunto da sociedade (hansenianos, tuberculosos, portadores de sofrimento mental) e seu confinamento em instituições totais ou zonas urbanas como foi o caso das prostitutas. Essa exclusão social baseada na criminalização da pobreza deixou como consequência o aumento das desigualdades sociais e rotulou os grupos minoritários. Esses grupos minoritários passam a possuir estigmas geradores de preconceitos, classificando seus pertencentes como não merecedores da vida em sociedade, necessitam viver a margem.

Os ordenamentos jurídicos de internação compulsória para hanseníase e crack sendo fruto desse fenômeno urbano, possuem características semelhantes no diz respeito: 1- ao sigilo das informações, 2- auxílio médico, 3- local para a internação compulsória e 4- centralidade no poder executivo. A legislação referente à hanseníase garantiria o sigilo sobre a internação do doente e executaria o isolamento com a maior discrição possível. A medida era necessária devido aos estigmas ligados à doença, na prática o isolamento repercutia socialmente na vida dos familiares.

No caso do crack, ter sigilo nas informações prestadas aos serviços de saúde pode ser interpretado como sendo a garantia da proteção da ilicitude do ato. O consumo do crack relaciona-se ao comércio de uma substância proibida e seu usuário aparece como criminoso



ao invés de doente quando necessita de cuidados de saúde.

O texto normativo para o isolamento da hanseníase afirmava que o local para a internação compulsória poderia ser leprosário ou domicílio. O isolamento era realizado em estabelecimentos oficiais do tipo colônia ou sanatório ou em estabelecimentos particulares do tipo sanatorial nos quais as pessoas pagavam uma mensalidade. Essas instituições eram subordinadas à fiscalização dos serviços oficiais de profilaxia da lepra.

A legislação para o isolamento do crack estabelece a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais. Essa legislação afirma a participação da sociedade e da família e que o tratamento dos usuários do crack será prestado em estabelecimento de saúde mental. Apesar das diretrizes afirmarem a responsabilidade do Estado, esse ponto nos causa curiosidade científica, sendo merecedora de investigações que venham aprofundar a análise do número de internações compulsórias em instituições privadas conveniadas com o poder público. Esses estudos podem revelar interesses de grupos econômicos ligados às clínicas terapêuticas. O aumento da internação compulsória dos usuários de crack e as campanhas promovidas pela mídia sobre a necessidade da hospitalização forçada podem estar sendo executadas pela lógica do mercado e não como política pública de saúde.

As medidas de combate à hanseníase no que se refere ao isolamento, apesar de todos avanços no campo da medicina, foram e continuam sendo praticadas através de serviços centrais de direção, orientação e fiscalização dos órgãos executivos. Na atualidade, as notificações de novos casos da doença são obrigatórias, a medicação ainda é distribuída e controlada pelos serviços de saúde que obrigam o paciente à sua ingestão na presença de um profissional da rede pública. Esta prática não considera a liberdade do paciente e o direito de optar pela notificação de seu diagnóstico e de outras informações existentes em seu prontuário. As justificativas oficiais para o controle do corpo e da vida do outro estão apoiadas na garantia do tratamento, da prevenção de sadios e da continuidade do uso da medicação.

Mesmo com todas essas medidas desde a internação compulsória até os dias de hoje, o Brasil é o único país do mundo que não conseguiu eliminar a hanseníase, ou seja, ter menos de 10 casos para cada 100 mil habitantes. Sua causa está associada às condições sociais



desfavoráveis observadas em populações que vivem com precárias condições sanitárias e econômicas. Nos últimos dez anos, cerca de 30 mil pessoas foram diagnosticadas anualmente no Brasil com a doença, entre os anos de 2007 a 2017, 300 mil pessoas tiveram hanseníase e sendo que dezenas de milhares ficaram incapacitadas para o trabalho.

A lei que determina a hospitalização forçada dos usuários de crack recomenda a internação somente em caso clínico grave ou de ausência de suporte social. A argumentação centra-se na reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo poder executivo, sendo assegurada quando necessário, a continuidade do tratamento. Enquanto a sociedade não estiver protegida desse “lixo urbano”, as medidas de hospitalização que garantem a limpeza social continuarão a ser executadas.

A análise das legislações nos mostrou que não se encontra descrito em ambas a questão do tempo máximo de internação e isolamento, portanto compete à autoridade médica estabelecer critérios de acordo com a sua compreensão sobre o caso. Dessa maneira, revela-se necessário lembrar que na hanseníase o confinamento poderia ser eterno, uma vez que mesmo curadas o Estado obrigava as pessoas a viverem nos locais de isolamento.

Importante ressaltar que o controle da vida dessas pessoas, no caso da hanseníase e do crack parte de uma lógica perversa de criminalização dos doentes e desrespeito aos direitos humanos. No caso do crack, os sujeitos são considerados incapazes de fazer escolhas e opções. Eles são considerados desviantes pelo fato de consumir uma droga de baixo padrão social. Como resposta à escolha desse estilo diferente da normalidade imposta pelas regras socialmente construídas, tenta-se promover um encarceramento em massa com a justificativa de “tratamento”.

É possível concluir que se o Brasil voltar a executar uma política pública massificada de internação compulsória, as pessoas que forem vítimas desse isolamento pleitearam no futuro uma indenização reparatória pela passagem nas instituições de controle. O Brasil estará mais uma vez usando da restrição da liberdade para promover uma política pública de “tratamento” de saúde. A indenização especial para as pessoas que foram isoladas compulsoriamente para a hanseníase servirá como jurisprudência futura para qualquer outro



grupo social que for excluído da sociedade pela justificativa de tratamento de uma doença.

Além dos prejuízos monetários futuros que o país possa sofrer, os prejuízos que serão adquiridos nas identidades sociais dos isolados pela dependência química ao passarem pelas instituições totais serão irreparáveis, as identidades sociais dessas pessoas poderão ser divididas entre antes e depois das instituições totais, a exemplo do que acontece com os que foram isolados pela hanseníase.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Américo Orlando e SOUZA, Tadeu de Paula. **Internação Compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira**. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n3/1809-4481-physis-27-03-00491.pdf>. Acessado em: 06 jun. 2018.

BAZILLI, Chirley [et al]. **Interacionismo simbólico e teoria dos papéis: uma aproximação para a psicologia social**. São Paulo: Educ. 1998.

BECKER, Howard S. **Outsiders, Estudos de sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BOHN, Simone. **Política Comparada: um mapeamento do debate entre propostas teóricas e metodologias de pesquisa alternativas**. BIB, , São Paulo, nº59, 1º semestre de 2005.

BRASIL, **Lei nº 610**, de 13 de janeiro de 1949 que fixa normas para a profilaxia da lepra. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-27124-1-setembro-1949-379230-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 10 set. 2011.

BRASIL, **Lei nº 10.216** de 06 de abril de 2001 que Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 15 fev. 2012.

BRASIL, **Decreto 968** de 07 de maio de 1962 que Baixa normas técnicas e Especiais para o Combate à Lepra no País e dá outras providências. Disponível em <http://www.fiocruz.br/historiadahanseníase/media/Decreto968.pdf>. Acessado em: 06 jun. 2018

CABRAL, Dilma. **Lepra, medicina e políticas de saúde no Brasil (1894-1934)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/er/n54/a19n54.pdf>. Acessado em: 06 jun. 2018.

CAMPOS, Pautilia Paula de Oliveira; FLORES, Thiago Pereira da Silva. **Cadernos do**



Morhan: Filhos Separados. Publicação de 2012

CETLIN, Gustavo Satler. O TRATAMENTO AO USUÁRIO COMPULSIVO DE CRACK: Fissuras no Cotidiano Profissional. In: **CRACK, um desafio social**. Belo Horizonte, Ed. PUC Minas, 2010.

CASTAÑEDA, Luzia Aurélia. **Eugenia e casamento**. Hist. cienc. saude-Manguinhos v.10 n.3 Rio de Janeiro. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.2>> Acesso em: 19 jan. 2014.

CASTRO, Selma Munhoz Sanches de; WATANABE, Helena Akemi Wada. **Isolamento Compulsório de portadores de hanseníase: Memória de Idosos**, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010459702009000200010>. Acessado em: 06 jun. 2018.

CUNHA, Ana Zoe Schilling. **Hanseníase: Aspectos da Evolução do Diagnóstico** – Departamento de Enfermagem e odontologia, Universidade de Santa Cruz do Sul - Ciência & Saúde Coletiva, 7(2):235-242, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10243.pdf>. Acessado em: 10 Fev. 2014.

CUNHA, Vívian da Silva. **O isolamento compulsório em questão. Políticas de combate a lepra no Brasil (1920-1941)**. Dissertação de Mestrado, 2005. Disponível em <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4004>. Acessado em: 06 jun. 2018.

GOFFMAN, Erving. **Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4 ed. Rio de Janeiro: LCT, 2008.

GOMIDE, Leila Reguna Scalia. **“ÓRFÃOS DE PAIS VIVOS”** A lepra e as instituições preventórias no Brasil: estigmas, preconceito e segregação, Universidade de São Paulo, 1991.

GONZALEZ, Rodrigo Stumpf. **O método comparativo e a ciência política**. Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas, vol.02, nº01, 2008.

MEDEIROS, Regina de Paula. CLÍNICA E CRONI(CIDADE): Impactos do Uso/ Abuso de Crack Na Configuração Urbana e Nos Tratamentos da Toxicomania. In: **CRACK, um desafio social**. Belo Horizonte, Ed. PUC Minas, 2010.

MONTEIRO, Yara Nogueira. Violência e Profilaxia: **Os Preventórios de Paulistas para Filhos de Portadores de Hanseníase**. Revista Saúde e Sociedade, 7(1).1998. p. 3 -26.

ONUBR. **Internação compulsória e discriminação na saúde podem ser formas de tortura, diz especialista da ONU**. 2013. Disponível em <http://www.onu.org.br/internacao-compulsoria-e-discriminacao-na-saude-podem-ser-formas-de-tortura-diz-especialista-da-onu/> Acesso em: 18 fev. 2014.

SANDEL, Michel J. **Justiça – O que é fazer a coisa certa**. Tradução de Heloísa Matias e Maria Alice Máximo. 9ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.



SANTOS, Maria helena de Castro. COUTINHO, Marcelo J. V. **Política Comparada: Estado das Artes e Perspectivas no Brasil**. BIB, São Paulo, nº54. 2002.

SARTORI, Giovanni. **Compracion y método comparativo**. In: La Comparacion en las ciências sociales. Madrid, Alianza editoria. 1994.

VELHO, Gilberto. Estigma e Comportamento Desviante em Copacabana. In: **Desvio e Divergência**. Rio de Janeiro. 4ª edição. Zahar Editores, 1981.

WACQUANT. **Loic. Los condenados de La cidade Gueto, periferias y Estado**. Traduzido por Mayer, Marcos, 2007.