

# Silêncios, táticas e recusas: a gestão de psicofármacos no interior de um manicômio judiciário<sup>1</sup>

Silences, tactics and refusals: the management of psychotropic drugs within a judicial asylum

Sara Antunes

Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil

## RESUMO

Uma mulher, confinada há quase uma década em manicômio judiciário, assiste, entorpecida, ao lento e progressivo afinamento do seu corpo e sua mente; um homem decide se “fingir de louco” para escapar da pena, mas, uma vez dentro do manicômio, percebe-se enlouquecendo aos poucos, em função do uso intensivo e prolongado de psicofármacos; um sapatão insubmisso é mandado para o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico como forma de punição administrativa e, ao chegar, se vê obrigado a escolher entre a mordada neuroquímica ou o vômito controlado de medicamentos, visando livrar-se de seus efeitos. A partir desses três casos etnográficos, discuto as práticas cotidianas de medicamentação compulsória e a reação dos internos em um manicômio judiciário. No momento em que se busca efetivar o fechamento dessas instituições, a partir das recomendações da Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça, divulgada em 18 de fevereiro de 2023, examino o lugar dos psicofármacos nas estratégias de cuidado e contenção em um dos três Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do estado de São Paulo, onde desenvolvi o trabalho de campo do meu doutorado. Concluo que, mesmo em uma instituição na qual os psicofármacos operam predominantemente como tecnologia de controle e submissão, pacientes-presos(as) e profissionais da equipe técnica também mobilizam silêncios e desvios como táticas de negociação e recusa.

**Palavras-chave:** Manicômio Judiciário, Loucura, Resistência, Psicofármacos.

<sup>1</sup> Este trabalho foi realizado com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 2018/06491-0.

Recebido em 24 de janeiro de 2025.  
Avaliador A: 15 de março de 2025.  
Avaliador B: 3 de julho de 2025.  
Aceito em 18 de agosto de 2025.



## ABSTRACT

A woman, confined for nearly a decade in a forensic psychiatric hospital, watches, numbed, the slow and progressive withering of her body and mind; a man decides to “pretend to be insane” to escape his sentence, but once inside the institution, he finds himself gradually going mad due to the intensive and prolonged use of psychotropic drugs; a defiant butch lesbian is sent to the Hospital for Custody and Psychiatric Treatment as a form of administrative punishment and, upon arrival, is forced to choose between a neurochemical gag or the controlled vomiting of medications in an attempt to rid herself of their effects. Based on these three ethnographic cases, I discuss the everyday practices of compulsory medication and the responses of inmates in a forensic psychiatric hospital. At a time when efforts are being made to shut down these institutions—following the recommendations of Resolution No. 487 of the National Council of Justice, issued on February 18, 2023—I examine the role of psychotropic drugs in the strategies of care and containment in one of the three Hospitals for Custody and Psychiatric Treatment in the state of São Paulo, where I conducted my doctoral fieldwork. I conclude that, even within an institution in which psychopharmaceuticals predominantly operate as a technology of control and submission, inmate-patients and members of the technical staff also mobilize silences and deviations as tactics of negotiation and refusal.

**Keywords:** Judicial Asylum, Madness, Resistance, Psychopharmaceuticals.

Eu estava com saúde  
 Adoeci  
 Eu não ia adoecer sozinha não  
 Mas eu estava com saúde  
 Com muita saúde  
 Me adoeceram  
 Me internaram no hospital  
 E me deixaram internada  
 E agora eu vivo no hospital como doente

O hospital parece uma casa  
 O hospital é um hospital

Stela do Patrocínio (2001, p. 51).

## INTRODUÇÃO

O movimento de luta antimanicomial no Brasil, que ganhou força entre as décadas de 1970 e 1980, tem como uma das suas principais bandeiras a prerrogativa de que o verdadeiro cuidado em saúde mental só é possível em liberdade. Isso porque o confinamento adocece a

mente e o espírito. A experiência de isolamento social vivida nos períodos críticos da pandemia da Covid-19 nos deu algumas pistas disso. Entre aqueles que permaneceram isolados, poucos foram os que saíram com a saúde mental ilesa. Tal aprendizado deu um sentido renovado ao que o movimento de luta antimanicomial vem chamando a atenção há décadas: a ideia de que “trancar não é tratar” ou, em outras palavras, de que saúde mental e confinamento são incompatíveis.

A Lei Federal da Reforma Psiquiátrica, nº 10.216, promulgada em 2001 (Brasil, 2001), teve como principal objetivo reinserir o paciente psiquiátrico na comunidade, por meio de uma rede de serviços e equipamentos de cuidado inseridos no território de referência, de modo a incorporar os vínculos afetivos e a convivência comunitária no próprio tratamento psicossocial. Os debates envolvidos no desenho da Lei entenderam que romper as barreiras do manicômio também passava por romper as barreiras do estigma em relação à loucura, que toma a exclusão social como “solução fácil” para a incapacidade de lidar com a diferença. Nesse sentido, os serviços criados pela Reforma buscaram tratar não só o paciente em sofrimento mental, mas a própria comunidade da qual ele faz parte, na medida em que é convocada a conviver com essa população.

Apesar do notório subfinanciamento das políticas destinadas a efetivar a Lei 10.216/01 e das inúmeras concessões feitas desde a sua elaboração, responsáveis por descaracterizar alguns de seus fundamentos<sup>2</sup>, a Reforma Psiquiátrica conseguiu retirar milhares de pessoas de instituições manicomiais, garantindo-lhes o direito a um tratamento digno, em liberdade e inserido no território. Tais direitos e prerrogativas, contudo, durante décadas não foram estendidos a uma parcela da população em sofrimento mental: aqueles e aquelas que, em algum momento de suas vidas, entraram em conflito com a lei. Os chamados “loucos-infratores”, duplamente marcados pelo estigma da loucura e da delinquência, não foram explicitamente incorporados pela Lei da Reforma Psiquiátrica, permanecendo à margem das mudanças promovidas em nível federal<sup>3</sup>.

---

2 O exemplo mais insigne é a incorporação, a partir da Portaria GM/MS nº 3.088 de 2011, das Comunidades Terapêuticas (CT) na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), entidades privadas e/ou filantrópicas destinadas ao tratamento e recuperação de dependentes químicos, que adotam uma abordagem predominantemente religiosa, baseada no regime de isolamento social, abstinência e disciplina — elementos diametralmente opostos aos princípios éticos e políticos da Reforma Psiquiátrica. Para mais detalhes sobre as concessões feitas durante a elaboração da Lei 10.216/01 e no período de sua vigência, ver Vieira (2014), Dias e Muhl (2020) Prado, Severo e Guerrero (2020).

3 Não há menção explícita na Lei sobre o tratamento dispensado às pessoas com transtorno mental que entram em conflito com a lei, porém há brechas sobre a excepcionalidade da internação que permitem justificar a internação em HCTP. O art. 2º da Lei define que “a pessoa portadora de transtorno mental” deve “ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis”, “preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental”. No seu art. 4º, autoriza “a internação, em qualquer de suas modalidades”, “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Brasil, 2001), o que permite com que as internações em HCTP ocorram em função da “insuficiência” dos recursos extra-hospitalares.

Desde a implementação da Lei 10.216/2001, órgãos de controle e aperfeiçoamento do Judiciário brasileiro, como o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), divulgaram orientações no sentido de assimilar os princípios da Reforma Psiquiátrica no campo da execução penal, como a determinação do Ministério da Justiça e Ministério da Saúde, em Seminário promovido em 2002, de que não seriam mais construídos manicômios judiciários no país (Brasil, 2002); a Resolução nº 4 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP) de 2010 que, no seu artigo 6º, determinava a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança pelo modelo antimanicomial, no prazo de 10 anos (Brasil, 2010); e a Recomendação nº 35/2011 do CNJ, que previa a adoção da política antimanicomial na execução da medida de segurança, “sempre que possível, em meio aberto” (Brasil, 2011, p.02). Contudo, apesar do avanço no discurso oficial do Estado, essas orientações não encontraram eco entre os aplicadores do sistema de justiça, principais responsáveis por implementá-las, permanecendo inócuas (Correia, 2017).

Foi apenas muito recentemente, em 15 de fevereiro de 2023, que o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) instituiu, por meio da Resolução nº 487/2023, uma “Política Antimanicomial do Poder Judiciário” (Brasil, 2023), que tem como objetivo declarado implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Para isso, a Resolução prevê o fechamento gradual de todos os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTP) do país, e determina que a internação de pacientes judiciários seja cumprida em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Segundo o “painel de ações estaduais para implementação da Resolução CNJ n. 487/2023”, constante no site do CNJ, até a presente data (21/01/2025), apenas 4 estados promoveram a interdição total do respectivo Estabelecimento de Custódia, e 14 a sua interdição parcial. Não obstante, 23 Unidades da Federação instituíram o Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (Ceimpa) no âmbito do Poder Judiciário, previsto na Resolução, e 20 estados contam com equipes conectoras entre o Poder Judiciário e a Saúde, por meio do serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei (EAP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) — um importante dispositivo no processo de desinstitucionalização dessa população. Assim, embora o processo de fechamento dessas instituições tenha extrapolado a previsão inicial de 12 meses, feita pela Resolução, observamos avanços significativos nessa direção.

Neste importante momento histórico, quando caminhamos em direção ao fechamento definitivo dessas instituições de confinamento e exclusão, torna-se necessário evocar as razões que fazem deste um caminho sem volta. A seguir, apresento cenas das visitas que realizei,

entre 2017 e 2018, em um dos três Hospitais de Custódia do estado de São Paulo<sup>4</sup>. A partir das trocas com três interlocutores de pesquisa, que se encontravam internados na unidade, discuto o lugar dos psicofármacos nesses híbridos de hospital e prisão, refletindo sobre os limites e possibilidades de resistência e recusa.

## PAISAGENS MANICOMIAIS

O portão de ferro azul marinho era aberto manualmente, dividindo a sigla HCTP I ao meio: “Hospital de Custódia”, de um lado; “Tratamento Psiquiátrico”, do outro. Um funcionário de camiseta branca e calça jeans solicitava que cada um de nós entregasse a carteirinha da Pastoral Carcerária e exibisse algum documento de identificação pessoal. Feito isso, seguíamos de carro ou a pé pela estreita rua de paralelepípedos que leva às instalações da unidade, margeada por uma densa arborização. Há alguns quilômetros do centro de Franco da Rocha, o HCTP encontra-se no coração da reserva ambiental do Juquery, de modo que, ao atravessar o portão, o barulho dos carros e do trilho do trem ficava cada vez mais distante, dando lugar ao som de pássaros e do tranquilo farfalhar das árvores. Tudo parecia calmo.

Um pouco adiante, do lado direito, avistávamos o primeiro pavilhão térreo da ala masculina, cercado por muros cobertos de cercas espiraladas, em cujas esquinas erguiam-se torres de vigilância, nessa época ainda em construção. Éramos rigorosamente orientados a conversar com o diretor da unidade antes e depois de qualquer visita, então, após 15 a 30 minutos de espera na antessala, o diretor ou algum representante nos recebia. A permeabilidade aos diferentes ambientes do HCTP estava longe de ser padronizada, de modo que tais reuniões envolviam frequentes negociações, por vezes tensas, sobre os limites e condições da nossa circulação. Finalizada essa etapa, atravessávamos a rua em direção à entrada da ala masculina I, também chamada de “normativa I”. Batíamos no portão de aço, no qual se abria uma pequena portinhola onde anunciávamos a nossa chegada. Depois de passar pelo detector de metais, seguíamos em direção a um corredor que circundava todo o perímetro de um grande pátio localizado à nossa direita, onde, separados dos internos por um alambrando, aconteciam as visitas.<sup>5</sup>

---

4 O trabalho de campo nas instituições prisionais-manicomiais, desenvolvido durante a minha pesquisa de doutorado (Antunes, 2022), aconteceu por intermédio da Pastoral Carcerária (PCr), entidade da igreja católica que desenvolve trabalho humanitário em presídios de todo o país.

5 Até abril de 2018, as visitas aconteciam no interior dos pátios. Contudo, após uma rebelião na Penitenciária de Lucélia, em que três defensores públicos foram feitos reféns, a Secretaria de Administração Penitenciária (SAP)

Parados diante da cerca, demorávamos a ser notados. O pátio de concreto, desgastado pelas intempéries e marcas do tempo, era ocupado por corpos vagantes e dispersos. Alguns olhavam apáticos um horizonte sem foco, outros caminhavam sem rumo, moviam-se de forma profusa e irritadiça, falavam sozinhos, provocavam um ao outro, faziam brincadeiras, gestos repetitivos, riam sem motivo aparente, deitavam-se encolhidos e assustados. As roupas puídas do sistema prisional estavam, em sua maioria, igualmente marcadas pelo desgaste do tempo — furadas, sujas, esgarçadas, amareladas. Esse desgaste na pintura da parede, no cimento do chão e nas roupas dos internos, podia ser igualmente percebido nas feições frequentemente cansadas, tristes e inexpressivas dos pacientes-detentos. No fundo do pátio, funcionários trajando jalecos brancos conversavam entre si enquanto monitoravam o “banho de sol” dos internos, que acabava às 16 horas. Depois disso, permaneceriam trancados nos dormitórios compartilhados, localizados no interior do pavilhão.

As horas do dia passavam numa ociosidade monótona, reguladas pelos horários das refeições e da administração de remédios. Para alguns poucos pacientes-detentos, os chamados “menos cronificados”, relatórios oficiais indicavam o exercício de algumas atividades laborais, tais como cozinha, jardinagem, manutenção, serviços gerais e lavanderia<sup>6</sup>. O grosso da população internada, contudo, passava seus dias circulando pelo pátio de concreto, conversando entre si, dormindo ou simplesmente esperando o tempo passar. Não eram autorizados a receber visitas íntimas e tinham pouco ou nenhum acesso a livros e atividades de lazer (Brasil, 2018). Sem qualquer horizonte previsível de saída, esperavam o momento decisivo da entrevista de laudo que, feita uma vez ao ano, elencava profissionais fora do seu convívio cotidiano para decidir se o paciente-detento guardava ou não condições de trilhar um caminho, bastante longo e incerto, até a sua desinternação e efetiva extinção da medida de segurança<sup>7</sup>.

Pouco a pouco, os internos se aproximavam da cerca para conversar. Não havia nada

---

vetou o acesso ao interior dos pavilhões das unidades prisionais do estado, valendo-se do argumento de falta de segurança, utilizado sempre que se quer evitar a entrada de visitantes em determinados espaços. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/presidente-prudente-regiao/noticia/dois-defensores-publicos-que-eram-refens-em-rebeliao-na-penitenciaria-de-lucelia-sao-liberados.ghtml>. Acesso em: 10 maio 2022.

6 Segundo o relatório do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP, 2014, p. 20) sobre os HCTP paulistas, a unidade de Taubaté conta com “ensino fundamental para os pacientes” e “trabalho remunerado, através do Centro de Qualificação Profissional e Produção” em atividades como a fabricação de pregadores de varal e botões de roupa. Em relação aos HCTP de Franco da Rocha, consta uma vaga menção à existência de “programas educacionais” e “programas de trabalho remunerado”, sem maiores especificações (CREMESP, 2014, p. 84).

7 Importante lembrar que, via de regra, a desinternação do HCTP é seguida da determinação de tratamento no Caps por pelo menos um ano, com periodicidade estabelecida pelo juiz. Caso essa periodicidade não seja seguida, ou haja qualquer intercorrência durante esse período, o juiz pode determinar a “regressão de regime” ao HCTP. Ou seja, a desinternação não implica na imediata extinção da medida de segurança, que pode perdurar por anos, num eterno ir e vir entre Caps e HCTP.

próximo da euforia disciplinada que eu me acostumara a ver na prisão, onde presos comuns, ansiosos para conversar e possivelmente se informar sobre o andamento dos seus processos, eram contidos pela *disciplina da cadeia*, que os coibia de fazer contato visual com mulheres, de encostar na grade, de fazer gestos considerados desrespeitosos às visitas, entre outras coisas. No HCTP, os movimentos eram frequentemente lentos, os assuntos dispersos e a ansiedade, que certamente existia, parecia amortecida pelo efeito acachapante de psicofármacos. Alguns internos estavam tão dopados que mal conseguiam se expressar. Com um olhar vitrificado, brilhante e inexpressivo, falavam com a língua enrolada, deixando ver as marcas de saliva seca acumulada no canto da boca. Havia aqueles que, ao contrário, babavam profusa e descontroladamente. O cheiro que os acompanhava era algo diferente do que eu conhecia da prisão. Ali, odores escatológicos eram ainda mais marcantes..

Entre os corpos vagantes e dispersos, havia alguns cujos trejeitos e movimentos destoavam. “Gota” era um deles<sup>8</sup>. Numa das minhas primeiras visitas à unidade, Gota se aproximou da grade e, em tom animado e confiante, começou a dizer que só estava naquele lugar porque seu advogado o orientara a fazê-lo. Com uma condenação de vinte anos, somada às diversas passagens pelo sistema prisional, o advogado o aconselhou a “se fingir de louco”, a fim de receber uma medida de segurança e, passado algum tempo no HCTP, voltar a agir normalmente, sendo então liberado no exame anual de *cessação de periculosidade*. Em seu raciocínio, bastaria a constatação de que ele “não era louco” para que os peritos decidissem desinterná-lo. Com isso em mente, imaginava conseguir escapar de uma pena prisional prolongada.

Na primeira vez em que nos falamos, perguntei se ele tomava algum medicamento psiquiátrico. Desconfortável com minha pergunta, respondeu que ninguém o obrigava a nada, mas que, para “ficar mais calmo, mais tranquilo”, tomava diariamente Carbamazepina, Prometazina e Cimetidina, os dois primeiros comumente receitados para tratar os dependentes químicos da unidade<sup>9</sup>. Com a passagem do tempo, a presença de Gota nas visitas da Pastoral foi rareando. As conversas animadas sobre o *crime*, o PCC e a perspectiva de voltar em breve para a *rua*, deram lugar a uma presença cada vez mais reservada, por vezes constrangida.

Ao final de 2018, quando fazíamos o que seriam as últimas visitas ao HTCP I de Franco da Rocha, Gota não se aproximava da cerca nem mesmo para nos cumprimentar. Cheguei a

---

8 A fim de preservar o anonimato dos(as) interlocutores(as) da pesquisa, todos os nomes próprios mencionados ao longo do texto são fictícios, com exceção de Cíntia. Como explico na tese (Antunes, 2002), a decisão de manter seu nome verdadeiro, autorizada por sua filha, baseou-se no entendimento de que, após sua morte, preservar seu nome seria uma forma de lembrar e homenagear sua vida.

9 Carbamazepina é um anticonvulsivante, mais conhecido como Tegretol, que também funciona como estabilizante do humor, embora não seja essencialmente antidepressivo nem sedativo. Já a prometazina é um antipsicótico usado no tratamento de psicoses, principalmente esquizofrenia, produzindo efeitos sedativos e psicomotores (Marcolan; Urasaki, 1998). Cimetidina, por sua vez, é um remédio usado no tratamento de úlceras estomacais.

vê-lo certa vez, de relance, paralisado no fundo do pátio, com um olhar confuso e aturdido. Até aquele momento, ele acumulava dois *repiques*, isto é, decisões judiciais que determinavam a prorrogação da medida segurança por mais um ano, o que permite supor que ao menos um dos peritos havia sugerido a persistência da sua *periculosidade*. Se, no sistema das penas, ele teria sido condenado a cumprir um período determinado de confinamento, com prazos mais ou menos seguros de entrada e saída, no sistema das medidas de segurança não havia qualquer horizonte previsível de saída. Longe de funcionar como “caminho fácil” para a liberdade, a permanência no manicômio parecia, pouco a pouco, destitui-lo da sua sanidade, justificando o contínuo prolongamento da sua sentença.

## UM COPINHO DE DESINFETANTE

Além da internação por medida de segurança, existem outros caminhos institucionais que levam ao interior do manicômio judiciário. Um deles é a conversão da pena em uma medida de segurança, quando, no curso da execução penal, algum evento levanta dúvidas sobre a sanidade mental do apenado, levando o juiz a abrir um *incidente de insanidade mental* para averiguar a sua capacidade de concluir a pena, ou a eventual necessidade de ser submetido a tratamento compulsório em manicômio judiciário. Outro caminho possível é o “tratamento ao preso em cumprimento de pena” (Pastoral Carcerária, 2018). Transferido temporariamente para um HCTP, o preso em tratamento fica internado até que seja feita uma reavaliação afirmando que está apto para retornar à unidade prisional. Gota, por já ter sido preso outras vezes, decidiu alegar insanidade para cumprir medida de segurança e, teoricamente, sair mais cedo do *sistema*. Já Pereira, um *sapatão*<sup>10</sup> que conheci na Penitenciária Feminina da Santana (PFS), foi temporariamente internado no HCTP I de Franco da Rocha, mas conseguiu eventualmente retornar à prisão, quando um laudo psiquiátrico o declarou “estabilizado”.

Em entrevista dada logo após concluir sua pena, Pereira relatou que sua passagem pelo manicômio judiciário foi bem pouco usual. Ela aconteceu quando, tendo sido abruptamente transferido da unidade em que há anos já cumpria pena, Pereira começou a *meter o louco pra rodar o sistema*, isto é, fazer-se ser expulso de todas as penitenciárias femininas do estado até conseguir retornar ao presídio de origem, onde queria concluir o tempo de pena<sup>11</sup>. Seus relatos

---

10 Sapatão é um termo êmico para pessoas que corporificam atributos socialmente vinculados ao masculino e são autorreferenciadas e referidas no masculino pela população carcerária.

11 Para mais detalhes sobre essa tática de circulação pelos presídios, ver Antunes (2021).

sobre esse período mencionaram toda forma de violência verbal, física e psicológica, que o levaram a quase suspender a empreitada no meio do caminho. Contudo, segundo conta, de todos os lugares pelos quais passou, o manicômio judiciário foi, de longe, o mais assombroso. Para ele, o desespero causado por esse lugar estava não só em ser visto por todos como louco, pelo simples fato de estar lá, mas por ser forçado a tomar medicamentos que tiravam a sua própria sensação de sanidade, destituindo-o da capacidade de se expressar, de se cuidar e de inclusive “convencer” o psiquiatra de que não era louco.

Quando você chega lá, fica isolado numa triagem, como num RO. Passa com psicólogo, psiquiatra e enfermeiros que olham a situação da sua saúde. No mesmo dia que você passa no psiquiatra, já recebe uma medicação. Começa a tomar porque você não tem escolha, eles te obrigam, olham embaixo da língua, ficam em cima mesmo. E se você não tomar, eles te amarram e dão injeção [...]. Agora, se você não tem nada, você vai querer falar que não é louco, vai querer expor isso. Só que você não tem credibilidade nenhuma, o cara mal olha pra tua cara, fica lá escrevendo as suas repostas. [...] Se eu chegar nele e falar mansinho, ele vai falar que eu sou um cara frio, um psicopata, sei lá... e mano, eu já sou muito agitado, eu falo muito com a mão, eu sou muito comunicativo, assim, de alterar a voz conforme eu converso, porque eu tenho o jeito do meu pai de conversar, tipo... Daí o cara vem e fala que eu tenho problema, e já receita logo um monte de coisa. O primeiro dia que eu cheguei lá, já tomei Levozine, Clonazepam e Amytril. No outro dia, acordei mais revoltado ainda, porque você acorda numa reverdose, fica mais histérico e irritado do que já tava. Acho que mexe com o sistema nervoso, essa coisa do tranquilizante no organismo, daí você tem tipo uma ressaca do remédio, saca? A garganta fica muito seca, a língua cortada, porque incha, parece que incha. Então você acorda irritado, com a respiração estranha, porque o calmante seca a garganta. O seu raciocínio não está legal, você não consegue raciocinar, não consegue falar direito com ninguém. E daí o seu sistema nervoso, por mais que você tenta controlar, você já não é mais dono do seu sistema nervoso. O remédio te causa isso (Pereira, 2020).<sup>12</sup>

Passada uma semana nessas condições, Pereira encontrou uma antiga conhecida da PFS, também em “tratamento temporário”. Percebendo a inexpressividade e anestesia de Pereira, ela lhe segredou uma fórmula para escapar dos efeitos incapacitantes dos psicofármacos: “toma desinfetante. Toda vez que te derem remédio, você toma um copinho que vai vomitar tudo”. Após alguns dias fazendo isso, Pereira diz ter retornado ao seu estado normal e, em poucos meses, recebeu uma “alta médica” para voltar à unidade prisional anterior. “Se eu tivesse continuado a tomar os remédios, igual aconteceu na primeira semana, eu estaria até hoje babando”. Numa economia dos sofrimentos, vomitar todos os dias parecia um mal menor.

---

<sup>12</sup> Trecho transcrito de entrevista concedida de forma remota, pelo *google meets*, no dia 10/10/2020, gravada em vídeo e som.

## A AGÊNCIA DO SILÊNCIO

A quase dois quilômetros de distância da ala masculina, estava Cíntia. Presa em 2009, Cíntia foi condenada a cumprir oito anos de prisão pela acusação de tentativa de homicídio. Em 2014, quando estava prestes a iniciar o regime semiaberto, teve a sua pena convertida em medida de segurança, uma vez que, após alguns episódios definidos por agentes de segurança como “surto”, Cíntia recebeu um diagnóstico de “psicose esquizofreniforme e retardo mental moderado”. Diante da ausência de manifestação de familiares, a juíza responsável determinou a conversão da pena de Cíntia em medida de segurança, para que pudesse “receber tratamento adequado” em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Conheci Cíntia em princípios de 2015, quando ela ainda se encontrava no “pavilhão do RO” (Regime de Observação) da Penitenciária Feminina de Santana, uma ala da prisão destinada às pessoas submetidas a tratamento psiquiátrico. Embora tivesse uma fala visivelmente confusa, Cíntia caminhava, gesticulava, era afetiva e acompanhava as atividades propostas nos encontros semanais. Quando a reencontrei no HCTP em 2018, ela estava presa a uma cadeira de rodas, parcialmente cega e com limitação auditiva. Fraca e confusa, oscilava entre rompantes de choro, gritos, xingamentos e silêncios entorpecidos. Não conseguia se mover, se alimentar, se banhar ou se vestir sem o auxílio de terceiros. Nesse período, relatórios técnicos sugeriam a manutenção do regime de internação, alternando entre argumentos de “persistência de periculosidade” e de “ausência de autonomia e respaldo familiar”.

Em uma das visitas à ala feminina do HCTP, sentei-me ao lado de Cíntia, que permaneceu a todo momento acompanhada de agentes carcerárias e profissionais da equipe de saúde. Lembro-me de Cíntia dizer que odiava Deus e odiava a sua família. Em seguida, murmurar palavras que não consegui compreender. Perguntei se ela se lembrava de mim ou do projeto de leitura da Penitenciária Feminina de Santana. Seus olhos fechados responderam com silêncio. Em seguida, perguntei se ela poderia falar mais sobre sua família. Mais uma vez, silêncio.

Nesse diálogo truncado, algo mais próximo de monólogos entrecruzados, existia a minha dificuldade em compreendê-la, a evidente falta de privacidade, o constrangimento daquele cenário, e algo mais. Em um primeiro momento, acolhi o seu silêncio como expressão de um sofrimento psíquico. Sem saber se era anterior ao confinamento, por ele intensificado ou produto dessa experiência, assumia a existência de um transtorno mental. Isso, no entanto, produzia implicações.

Ao inscrever o silêncio de Cíntia na retórica da doença mental, eu reproduzia justamente os procedimentos psiquiátricos que eu tanto criticava, responsáveis por circunscrever a existência do sujeito, e suas diversas manifestações, numa lista de sintomas, reduzindo a pessoa

a uma doença. Sem ignorar as formas de emudecimento induzidas pela institucionalização e farmacologização asilar prolongada (Biehl, 2013), busquei traçar uma outra rota de leitura daquele acontecimento. Quando relia os cadernos de campo, vivenciando um “segundo momento etnográfico” (Strathern, 2014), que, de certa forma, recriava o acontecido, eu busquei ler o silêncio de Cíntia fora do enquadramento da doença. Ali, ele parecia indicar não um alheamento ou uma desposseção, mas uma *recusa*.

Ao tentar acessar os relatos de mulheres que testemunharam a violência do processo de Partição da Índia, a antropóloga Veena Das (2020) se deparou com uma zona de silêncio em torno desse evento, levando-a a refletir sobre os sentidos do emudecimento das mulheres, que se fazia notar não apenas pela ausência de fala, mas pelos desvios metafóricos e descrições evasivas que deixavam a experiência real de rapto e estupro intocada. A autora, então, justapõe a acústica das expressões de luto, em que as mulheres eram as principais responsáveis por emitir lamentos e gritos que produziriam uma “boa morte”, ao silêncio da morte social vivida por mulheres raptadas e estupradas durante a Partição. Ao invés de encarar o silêncio como passividade, Veena Das argumenta que, nas transações entre dor, corpo e linguagem, o silêncio pode expressar uma forma de agência. “A mulher que bebia do veneno e o guardava dentro de si” (Das, 2020, p. 87), metáfora frequentemente mobilizada para falar dos testemunhos da Partição, promovia uma inversão das relações entre interioridade e exterioridade: se os signos masculinistas do Estado-Nação se inscreviam na superfície do corpo das mulheres, marcando um território de dominação, “beber toda a dor” e assumir a postura do silêncio deslocava o testemunho da violência para o interior do corpo, onde estaria protegido e poderia ser assimilado no registro do cotidiano.

Nos autos processuais de Cíntia, sobretudo no período em que ela esteve no HCTP, não faltam registros da sua resistência em atender às inquirições dos peritos: “não se mostrou colaborativa perante a situação da entrevista” (fls. 148); “contato interpessoal dificultado” (fls.167); “pouco envolvida com a entrevista” (fls. 195); “troca verbal provocada” (fls. 201) “se muito solicitada torna-se irritada” (fls. 219). A ausência de fala aparece, nesses registros, como elemento impeditivo da sua inscrição no enquadramento técnico da instituição. Ao olhar para os relatórios psicossociais produzidos por essa unidade prisional-manicomial, mostrei (Antunes, 2022) que estes documentos são constituídos por um tripé argumentativo baseado 1) no histórico de vida do(a) interno(a), que é também o histórico de seu transtorno mental; 2) em elaborações a respeito do crime de que é acusado(a), em que se espera um discurso de remissão; e 3) em comportamentos e falas (do(a) interno(a) e/ou da família) que demonstrem o comprometimento em manter o tratamento farmacológico após a desinternação. Ao se recusar a falar, Cíntia desestabilizava esse tripé, algo que, do ponto de vista da gestão institucional do manicômio judiciário, impunha um obstáculo tanto ao seu tratamento quanto ao horizonte de

desinternação.

Se, por um lado, a ausência da palavra apresentava um problema à gestão do internamento de Cíntia, o excesso de vocalização, marcado pelo grito, também operava um desarranjo na rotina disciplinar da unidade:

Paciente entrevistada nas dependências da Colônia Feminina desta unidade, HCTP I de Franco da Rocha. [...] Vem mostrando instabilidade emocional e flutuações de humor. *Tem mostrado dificuldade para o convívio e é levada a dormir na enfermaria, em função de dificuldades de automanejo e de queixas por gritar, impedindo o descanso das demais internas.* Tem feito uso da medicação prescrita com apoio e supervisão da enfermagem. Autonomia restrita baseada na impulsividade, passível de condutas disfuncionais (Relatório técnico psicológico de 16 de julho de 2017, p. 201 dos autos, grifos nossos).

Neste registro, nota-se que a “instabilidade emocional”, a “flutuações de humor”, a “dificuldade de convívio” e os gritos de Cíntia não aparecem como indícios de um sofrimento psicossocial que precisaria de atenção e cuidado, mas como um problema disciplinar. A sobreposição do modelo psiquiátrico-terapêutico pelo jurídico-punitivo é um traço constitutivo dos manicômios judiciais no Brasil, como mostra a pesquisa seminal de Sérgio Carrara (1998). Embora tenha um caráter supostamente terapêutico, a qualidade compulsória da medida de segurança engendra a internação psiquiátrica em um modelo punitivo em que os dispositivos de controle se sobrepõem aos de cuidado (Vinuto; Franco, 2019).

Nesta direção, pode-se dizer que enquanto o emudecimento de Cíntia impedia a sua inscrição no enquadramento técnico psicossocial de gestão da medida de segurança, os gritos exasperados, os xingamentos e os momentos de choro a inseriam no regime disciplinar da unidade, cujo objetivo é manter a ordem, garantindo “o descanso das demais internas”. Nesse sentido, seus “lamentos acústicos” (Das, 2020) só poderiam ser expressados numa espécie de histeria, na qual o excesso fonético é destituído de significado terapêutico aparente.

Inspirados pelas reflexões de Veena Das (2020), podemos entrever o silêncio e a negação de Cíntia em atender às constantes inquirições sobre o seu passado como uma recusa em inscrever a sua existência numa narrativa biográfica da doença e do crime. Como um modo de preservar não só as suas memórias, mas o que poderia ser feito delas.

Pereira, na sua curta passagem pelo HCTP, notou que até mesmo as expressões mais singelas e afetivas, como o jeito agitado e gesticular que herdara de seu pai, podiam ser capturadas como sintomas de loucura e índices de acusação. Para escapar disso, buscou livrar-se dos efeitos incapacitantes dos psicofármacos, permanecendo estrategicamente silencioso e discreto, medindo a suposição dos peritos de que estava medicado para, com base nisso, conseguir calcular suas ações no momento da entrevista. Cíntia, sem poder escapar às constrições físicas e neuroquímicas que vivia, parecia se recusar a *colaborar*, a aderir à contínua inscrição da sua

existência numa narrativa cujo ponto de irradiação estava cristalizado em uma acusação criminal. A violência que a atravessava tinha início na linguagem, nas interpelações que situavam a sua existência nos registros de uma acusação. Nesse enquadramento, “ter” ou “não ter” condições para desinternação dependia pouco, ou quase nada, da elaboração do seu sofrimento psíquico, mas de expressões que indicavam docilidade, que mostravam a sua *colaboração* com o regime terapêutico e disciplinar da unidade. Em resumo, dependiam de sua obediência.

Numa leitura das aulas de Foucault sobre “os anormais”, Frédéric Gros (2018) sugere que a obediência é construída, na modernidade, como a “passagem das trevas da ignorância às luzes do saber, das pulsões primitivas às mediações racionais, do homem das cavernas ao homem civilizado” (Gros, 2018, p. 30), ideia que confere à negação ou à incapacidade de adequar-se, de obedecer às regras, índices de animalidade. Nesse quadro, a obediência emerge como a própria afirmação da humanidade e o seu contraponto, a desobediência, como sintoma de incivilidade, de uma monstruosidade atávica. A “cura” da loucura, assim, repousaria na capacidade do poder psiquiátrico em disciplinar o louco, em extirpá-lo da agitação, da instabilidade comportamental, da flutuação emocional, dos riscos que se impõem aos fluxos ordinários da vida para, então, submetê-lo à docilidade segura da obediência, de forma a não apresentar riscos nem a si mesmo nem aos outros.

Se o motivo que gerou a internação de Gota foi um diagnóstico psiquiátrico, o fator determinante para a sua desinternação não faz qualquer distinção entre loucura e crime. A noção de periculosidade, preservada e reivindicada pelo Judiciário, funde tais elementos numa mesma qualidade essencial, tornando-os indistinguíveis. Em outras palavras, se o que fundamenta a internação em HCTP é um argumento terapêutico, responsável por submeter o acusado a tratamento compulsório ao invés de ter que cumprir uma pena, o que ampara os relatórios acompanhamento psicossocial e a possível recomendação de desinternação não tem qualquer relação com a saúde mental do interno. Tal decisão gira em torno não da melhora clínica do paciente-detento, isto é, da estabilização do seu quadro por meio de diferentes terapias, incluindo psicofármacos, mas da presença ou ausência de supostos indícios de uma potência delitiva, esquadrihados através de uma biografia da doença e do crime, de uma narrativa de remissão e do comprometimento em manter o tratamento farmacológico fora dos muros do manicômio — que compõem o que chamo de tripé argumentativo dos relatórios psicossociais.

Sobre a persistência do sentido do crime no tratamento da loucura infratora, Foucault (2010a, p. 448) alumia:

A estada entre os insensatos, a que se condena o criminoso, não é indício de que o inocentam; é sempre, em todo caso, um “favor”. Isto significa que o reconhecimento da loucura, ainda que estabelecida no decorrer do processo, não faz parte do julgamento: ela se superpõe a este, modifica suas consequências, sem tocar no essencial. O sentido do crime, sua gravidade, o valor absoluto do gesto, tudo isso permanece intacto; a

loucura, mesmo reconhecida pelos médicos, não remonta ao centro do ato para “irrealizá-lo”.

Ao fixar os sentidos do crime na arena movediça e imprevisível da loucura, a desinternação não poderia simplesmente derivar da conclusão de um tratamento psiquiátrico, o que poderia ser melhor traduzido como estabilização de um quadro agudo, pois este jamais foi o seu objetivo. Deslocar alguém da prisão para o manicômio não apaga o crime para então dar lugar ao tratamento, como a juíza que determinou a internação de Cíntia parecia crer. Seu propósito último, sua necessidade fundamental é, senão anular, ao menos neutralizar uma existência considerada intolerável. Nessa zona intermediária de suspensão, onde crime e loucura estão mutuamente implicados, é a capacidade de se submeter ao quadro narrativo e disciplinar da unidade que, ao fim e ao cabo, permite a desinternação. Nesse prisma, afirmar a humanidade do(a) interno(a) ou, em outros termos, a sua capacidade de retornar à vida em sociedade passa, essencialmente, pela garantia da sua obediência.

A partir das histórias de Cíntia e Pereira, vemos que o silêncio pode operar tanto como tática de enquadramento nas dinâmicas manicomiais, visando a uma desinternação estratégica, quanto, numa espécie de recurso último, na recusa em ser assimilada pelo regime penal-manicomial.

## EM NOME DA VIDA

Silvana, outra paciente-presas que acompanhei durante as visitas ao HCTP I, falou um pouco das impressões que tinha de Cíntia. Enquanto caminhávamos, já distantes de Cíntia e das funcionárias que a cercavam, ela relatou conhecê-la desde o tempo em que estiveram presas no pavilhão do RO na Penitenciária Feminina de Santana. Disse que, em 2015, teve o primeiro RPO (Retorno ao Presídio de Origem), sigla que, segundo ela, remete ao trânsito entre *cadeia* e HCTP. “A Cíntia fez isso também, só que ela nunca mais voltou pro RO”. No ano seguinte, Silvana foi mandada novamente ao manicômio judiciário, reencontrando Cíntia: “nessa época ela ainda estava bem, penteava o próprio cabelo, conversava normal”. Quando recebeu uma medida de segurança e foi definitivamente transferida ao HCTP, em 2018, encontrou Cíntia cega e cadeirante. “Falam que ela ficou cega do nada. Hoje ela chora a maior parte do tempo, só quer ficar deitada”. Comentou que, na sua opinião, a chefe da enfermagem “dá muita medicação, mais do que a Cíntia precisa [...] quando fica brava, entorta as pessoas no remédio, deixa arrastando mesmo, babando”.

Se, por um lado, o tipo de tratamento descrito por Silvana não pode ser generalizado a todos

os(as) funcionários(as) do HCTP, por outro, não se pode ignorar a notória prevalência desse tipo de violência em instituições asilares. O Relatório de Inspeção Nacional do Conselho Federal de Psicologia (CFP) sobre os manicômios judiciários do país, lançado em 2025, reporta a presença generalizada de práticas de tortura, abandono, medicalização forçada e violações diversas às pessoas institucionalizadas nos ECTPs e instituições congêneres de 21 Unidades Federativas do país. Como o próprio relatório destaca, a contenção química, prática que envolve a administração de medicamentos psicotrópicos com efeito sedativo ou tranquilizante em situações de crise, “pode ser um recurso clínico necessário e legítimo, desde que utilizada de forma proporcional, com consentimento informado da pessoa e de seus familiares sempre que possível, previsão em prontuário e registro técnico adequado” (CFP, 2025, p. 138). Contudo, o documento relata o uso normalizado dessa prática na rotina das unidades, “aplicada sem justificativa clínica individualizada, sem registros em prontuário e, muitas vezes, por determinação informal ou cultural da equipe de segurança, e não por avaliação médica ou de enfermagem qualificada” (CFP, 2025, p. 139). Menos do que a ação de certos agentes de segurança ou de saúde, o que se vê é a perpetuação de uma cultura manicomial que tem na instituição seu principal ponto de ancoragem, e que extrapola a vontade de indivíduos específicos.

Miranda, psicóloga que trabalhou durante alguns anos no HCTP I de Franco da Rocha, relata, em entrevista, a frustração de trabalhar em uma instituição cuja estrutura e lógica de funcionamento punitivo engessam projetos de cunho terapêutico. Segundo ela, parte da dificuldade reside na quantidade de internos(as) pelos quais cada psicólogo(a) é responsável — na época, cerca de 100 a 150 pacientes por profissional —, o que impossibilitaria um acompanhamento aprofundado e individualizado. Ademais, conta que o uso de medicação nas chamadas “Normativas”, alas de regime fechado do HCTP I, é algo “dopante, num nível... assustador”. Entre prescrições baseadas na sintomatologia, o comércio interno de psicofármacos entre os(as) pacientes-detentos(as) e o uso disciplinador e coercitivo dessas substâncias, havia os embates silenciosos sobre as formas de administração desses medicamentos entre a própria equipe terapêutica:

Ali era insuportável, você não tinha como fazer nenhum projeto terapêutico singular, você não tinha nada disso que se preconiza como atenção à saúde mental, de uma forma minimamente... adequada, sabe? [...] E a gente ficava sabendo de umas histórias lá esquisitas... de psiquiatra que receitava, sei lá, trinta comprimidos de haldol de uma vez para o paciente... E isso significa matar o paciente, sabe. Isso significa de fato... homicídio... E aí o cara da enfermagem não deu... Porque ele sacou que isso era demais... Mas isso também não estava prescrito em lugar nenhum, escrito. [...] Você falava, meu, esses caras são doutor em morte, assim, sabe. Então tem que lidar com eles com cuidado, porque eles podem depois... quando a gente não tá aqui... Entuchar

remédio mais neles... (Miranda, 2021).<sup>13</sup>

Numa dinâmica em que o poder psiquiátrico é soberano, único capaz de determinar os medicamentos e a sua dosagem, resta aos demais profissionais adotar táticas para driblar determinações consideradas abusivas e, em última instância, mortais.

Miranda relata que sua posterior estadia na ala de desinternação feminina do HCTP foi bastante diferente dessa experiência inicial, ocasião em que pôde trabalhar com um número pequeno de internas, além de interagir com um psiquiatra que efetivamente participava das reuniões da equipe multidisciplinar. Contudo, durante o período em que trabalhou na ala de regime fechado da unidade, conta que imperava o poder soberano dos psiquiatras, com os quais não havia diálogo e cujas medidas eram frequentemente arbitrárias. Para lidar com isso, era preciso manter a atenção constante e jogar com a própria irregularidade de receitas abusivas e possivelmente letais. Se trinta comprimidos de Haldol eram receitados sem prescrição, então a recusa do enfermeiro responsável por aplicá-los passava por simplesmente ignorar essa demanda, uma vez que não haveria meios de cobrá-lo institucionalmente.

Os relatos de Silvana sobre a chefe de enfermagem que “entorta as pessoas no remédio”, ou de Miranda sobre um psiquiatra que prescreveu doses mortais de psicofármacos, não falam de ações individuais e pessoalmente reprováveis, mas de uma estrutura de funcionamento, institucionalmente respaldada, que possibilita o revivamento do poder soberano sob o par “fazer morrer e deixar viver” (Foucault, 2010b), no interior do regime biopolítico do HCTP. Segundo Foucault (2010b), a passagem do regime soberano ao regime biopolítico não significa uma virada de página, em que o regime anterior simplesmente deixa de existir. A imagem que melhor representa essa passagem é a de uma dobradura, na medida em que elementos do regime anterior despontam aqui e ali, quando encontram circunstâncias favoráveis. Instituições de confinamento e punição, tais como os manicômios judiciários, são ambientes altamente favoráveis à manifestação de atitudes e lógicas soberanas capazes de “fazer morrer e deixar viver”.

Na obra *Em Defesa da Sociedade*, Foucault (2018) fala que o direito soberano de matar reemerge na sociedade moderna por meio da “tática” do racismo de Estado, uma forma de pensamento binário que separa a sociedade entre aqueles que merecem viver e aqueles que merecem morrer (Stevenson, 2014). Sem levar em conta as forças coloniais e seu papel fundamental na construção das hierarquias raciais (Stoler, 1995)<sup>14</sup>, Foucault analisa a construção

---

<sup>13</sup> Entrevista concedida pessoalmente no dia 28 de julho de 2021, gravada em áudio.

<sup>14</sup> Ann Laura Stoler (1995) tece importantes críticas ao tratamento racial dado por Foucault em *A História da Sexualidade – vontade de saber* (2010b), demonstrando que seu foco na sexualidade burguesa europeia ignora as forças coloniais que historicamente moldaram hierarquias raciais.

do discurso moderno de positivação da guerra e do genocídio de populações inteiras, em nome da vida. É justamente em nome da segurança da população, “em defesa da sociedade” e da vida, que massacres se tornam vitais.

O discurso da periculosidade, principal edifício dos manicômios judiciários, é o principal agenciador de lógicas soberanas que justificam a exclusão, o confinamento e, no limite, a morte de indivíduos que apresentam ameaça à segurança da população, isto é, à vida daqueles que merecerem proteção do Estado e cuja morte é digna de luto (Butler, 2015). Nesse sentido, o uso de psicofármacos como forma de punição e produção da morte em um manicômio judiciário não deve ser lido como uma ação excepcional e reprovável por parte de indivíduos específicos, mas como parte do *modus operandi* de uma estrutura historicamente desenhada para conter e assujeitar os indesejáveis e inassimiláveis.

## PSICOFÁRMACOS NO CONTEXTO DE “EXISTÊNCIAS-LIMITE”

**Quadro 1. Diagnósticos e prescrições contidos nos laudos psiquiátricos anexados aos autos processuais de Cíntia**

2012	Diagnóstico: Retardo mental moderado de origem congênita e psicose Prescrição: <i>Clorpromazine 100 mg, Diazepam 10mg, Prometazina 25 mg</i> (fls. 40)
2014	Diagnóstico: Psicose esquizofreniforme + retardo mental moderado Prescrição: <i>Prometazina 25mg, Diazepam 10mg, Clorpromazine 100mg, Biperideno 2mg</i> (fls. 46)
2016	Diagnóstico: Retardo mental leve + psicose esquizofreniforme + dependência química Prescrição: <i>Fenobarbital 100mg, Biperideno 4mg, Carbamazepina 400mg, Levomepromazina 50mg, Amitriptilia 75mg e Captopril 75mg</i> . (fls. 143)
2017	Diagnóstico: Retardo mental leve + psicose esquizofreniforme + dependência química Prescrição: <i>Haloperidol decanoato (02 ampolas ao mês), Fenobarbital 100mg, Biperideno 4mg, Carbamazepina 400mg, Levomepromazina 400mg, Amitriptilia 75mg e antihipertensivos (captopril e hidroclotiazida)</i> (fls. 195)
2018	Diagnóstico: Retardo mental leve + psicose esquizofreniforme + dependência química Prescrição: <i>Fenobarbital, Biperideno, Carbamazepina, Imipramina, Amitriptilina, Haloperidol e Levomepromazina</i> (não especifica a dosagem, fls.215).

**Fonte:** Elaboração própria a partir da minha tese de doutorado (Antunes, 2022).

Ao analisar os autos de execução de Cíntia, nota-se que a passagem pelo sistema prisional foi acompanhada do aumento gradual de prescrições farmacológicas e discretas mudanças

diagnósticas. Desde o primeiro laudo psiquiátrico anexado até a sua efetiva desinternação do HCTP, não há nenhuma menção a outro tipo de intervenção terapêutica que não a administração de psicofármacos. As debilidades físicas adquiridas durante o confinamento, como a perda da capacidade de andar e de enxergar, são mencionadas nos exames físicos de pareceres psiquiátricos forenses, mas nem por isso são acompanhadas da descrição de tratamentos e possíveis intervenções: “Obesa, não deambula, alimentando-se com auxílio, higiene também com auxílio”; “bastante negativa, vindo gradualmente apresentando rebaixamento global físico e psíquico” (fls. 143); “Exame neurológico revelou diminuição acentuada da acuidade visual bilateralmente e estrabismo”; “ultrassonografia abdominal revelou esteatose hepática difusa moderada” (fls. 166); “Alterações da marcha e equilíbrio” (fls. 195); “notável restrição da marcha e do equilíbrio em função da acentuada deficiência visual”; “em tratamento de hipertensão arterial” (fls. 218); “O quadro é crônico, mostrando cada vez mais uma involução” (fls. 251).

Os autos mostram o registro de alguns exames, administração diária de psicofármacos e incorporação, a partir de 2014, de medicamento destinado a tratar dos tremores e sintomas de rigidez decorrentes do uso de antipsicóticos (Biperideno). A partir de 2016, consta a adição de medicamento para tratar problemas de hipertensão e insuficiência cardíaca (Captopril). Não há, contudo, qualquer menção ao tratamento para diabetes, enfermidade citada uma só vez em relatório da assistência social, que sugeria ser esta a causa da deficiência visual de Cíntia (fls. 174). A identificação de “esteatose hepática”, definida pelo médico Dráuzio Varella na biblioteca virtual em saúde (Brasil, 2016) como “excesso de gordura no fígado”, não gerou, ao menos no que consta nos autos, nenhuma conduta direcionada ao seu tratamento<sup>15</sup>. Sobre as causas da doença, Dr. Dráuzio explica que “as esteatoses hepáticas podem ser classificadas em alcoólicas (provocadas pelo consumo excessivo de álcool) e não alcoólicas”. Entre os fatores de risco para o aparecimento da “esteatose hepática gordurosa não alcoólica” estão o “sobrepeso, diabetes, má nutrição, perda brusca de peso, gravidez, cirurgias e sedentarismo”. O médico adiciona, ainda, que “não existe um tratamento específico para o fígado com excesso de gordura. Ele é determinado de acordo com as causas da doença, que tem cura, e baseia-se em três pilares: estilo de vida saudável, alimentação equilibrada e prática regular de exercícios físicos” (Brasil, 2016), condições inexistentes na rotina de Cíntia. A partir de uma diabetes não tratada, outros tipos de enfermidades começaram a irromper, dando sinais de um definhamento progressivo, autorizado e assistido.

\*\*\*

---

<sup>15</sup> Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/esteatose-hepatica/>. Acesso em: 16 jun. 2022.

“Os médicos prescrevem, prescrevem, mas eles não tocam ali onde dói” (Biehl, 2008, p. 417). Essa frase, dita por Catarina à João Biehl, durante o período em que ela esteve internada em Vita, um asilo na cidade de Porto Alegre, captura a essência do que o autor chama de “farmacologização da saúde mental”. Derivada do processo de medicalização das sociedades modernas, quando a medicina passa a intervir nos domínios mais privados da vivência humana, a farmacologização remete à hegemonia dos medicamentos nas opções terapêuticas. Prescrições médicas que se repetem no tempo, como sugere Catarina, reduzem a complexidade da dor vivida a uma classificação diagnóstica, e o seu tratamento, a uma cartela de medicamentos. “Ali onde dói”, contudo, permanece intocado.

A prevalência da intervenção medicamentosa sobre outras abordagens terapêuticas, como a psicanálise, por exemplo, marca o que Jane Russo (2002) chama de “triunfo do cérebro” na psiquiatria contemporânea. Analisando a história dessa disciplina, a autora mostra como a busca por legitimação científica, associada a transformações sociopolíticas mais amplas, compuseram um quadro de oscilações nas formas de explicar, administrar e tornar visíveis as diferenças entre o normal e o patológico. Se a “teoria da degeneração” de Bénédict Morel marcou a psiquiatria do século XIX com explicações eugenistas que atribuíam à doença mental uma causalidade física, herdada hereditariamente, o momento pós Segunda Guerra Mundial promoveu um corte abrupto nessas pretensões, dando lugar à hegemonia de pelos menos duas vertentes da psiquiatria: a psicanálise e o movimento “antipsiquiátrico”.

A comoção pública em torno do holocausto e o repúdio às teorias pseudocientíficas de “aprimoramento da raça”, que o embalaram, acenderam uma crítica radical à psiquiatria, aproximando a realidade dos manicômios e asilos à experiência dos campos de concentração. Nesse levante, surgiu o que ficou conhecido como “antipsiquiatria”, movimento marcado pelo enfrentamento das instituições e estruturas de poder psiquiátricos. Entre as suas expressões mais conhecidas estão a “psiquiatria democrática” italiana, a “psicoterapia institucional” francesa e as “comunidades terapêuticas” estadunidenses, cujas motivações intencionavam “devolver a palavra ao internado, ouvir suas reivindicações, implicá-las no funcionamento da instituição, erradicar práticas repressivas e violentas e, no limite, reinserir o louco na sociedade que o havia excluído” (Russo, 2002, p. 74). Ao lado da visão psico-política-social da antipsiquiatria, que promovia embates políticos, legais e institucionais no espaço público, florescia, no interior dos consultórios médicos, uma abordagem eminentemente psicológica da perturbação mental, a psicanálise. Jane Russo e Teresa Venâncio (2006) sugerem que, enquanto essas duas vertentes cresciam, uma espécie de “revolução” silenciosa transcorria no campo da psicofarmacologia, responsável por mudar a face da psiquiatria.

As diferenças terminológicas e conceituais sofridas nas cinco versões do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), produzidos pela Associação Psiquiátrica

Americana (APA), evidenciam essa transformação, notada pelo progressivo desaparecimento de abordagens psicanalíticas e sua substituição por classificações sintomatológicas que dispensavam a etiologia da doença. Até o DSM II, publicado em 1968, ainda era possível notar a influência da psicanálise na compreensão da doença mental, como na ênfase dada aos aspectos da personalidade individual para a compreensão do adoecimento mental. O DSM III, publicado em 1980, por sua vez, evidencia uma quebra radical em relação a essa abordagem, vez que adota um sistema nosográfico predominantemente fisicalista, pautado numa leitura descritiva dos “sintomas” em detrimento do contexto psicossocial. Retomando uma abordagem somática da perturbação mental, o DSM III é um importante marco da rebiologização do campo psiquiátrico, assim como da hegemonia do tratamento psicofarmacológico (Henning, 2000).

A confluência entre a instituição de uma reforma psiquiátrica no Brasil, impulsionada pelo Movimento de Luta Antimanicomial, e a ascensão de uma abordagem predominantemente psicofarmacológica na psiquiatria, produziu uma avalanche de tensões e ambivalências sobre como conduzir o tratamento nos novos equipamentos de saúde que se formavam. Denúncias à adoção reducionista, violenta e imediatista dos psicofármacos conviviam (e ainda convivem) com a defesa de melhorias trazidas por esses fármacos na conquista de autonomia e melhor qualidade de vida às pessoas em sofrimento mental. A respeito dessas polarizações, Philippe Pignarre (2001) reclama a importância de olhar para a trajetória dos medicamentos, observando as formas como essas substâncias são agenciadas nas relações e nos territórios em que estão inseridas. Seguindo essa precaução, Felipe Magaldi (2020b) buscou escapar da suposta oposição entre agenciar psicofármacos ou ser por eles dominado, pensado como essas substâncias se imbricam nas relações cotidianas de instituições médicas.

No seu trabalho de campo, desenvolvido no Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira<sup>16</sup>, no Rio de Janeiro, Magaldi (2020b) notou a presença de uma série de tensões em torno do uso de psicofármacos no tratamento em saúde mental. Retomando a máxima de que “o que faz o veneno é a dose”, o autor sugere que o problema não reside no medicamento em si, mas no modo como essa substância se enovela na rede de relações que a acompanham, o que passa pelo entendimento do paciente em relação ao diagnóstico e à prescrição médica, seu conhecimento sobre os efeitos dos fármacos, a assistência continuada do seu uso e a associação com outras abordagens terapêuticas. Nesse campo de inquietações sobre o que seria um tratamento adequado ou desejável aos pacientes daquele hospital, Magaldi identifica a categoria “surto” como um momento-limite no qual polos com opiniões contrárias concordam sobre a imprescindibilidade da medicação. Até mesmo um médico que defendia que “*a cura para a*

---

16 Nise da Silveira (1905-1999) foi uma médica psiquiatra alagoana, nacionalmente conhecida pela luta contra intervenções biomédicas violentas no cuidado com pacientes psiquiátricos no Brasil. Para mais informações sobre a vida, a memória e o legado de Nise da Silveira, ver Felipe Magaldi (2020a).

*loucura é o teatro*”, sugere, em certo ponto, que “casos emergenciais” demandariam a resposta do remédio (Magaldi 2020b, p. 15, grifo do autor). Noutra ocasião, uma agente cultural que se mostrava igualmente crítica à intervenção farmacológica, excepcionou seu uso nos momentos de crise: “a pessoa que entra em surto pode se matar, ou até matar uma pessoa. Nessas horas tem que ter medicação. Tem vezes que não tem outro jeito” (Magaldi, 2020b, p. 15).

No trabalho de campo de Magaldi (2020b), mesmo os profissionais mais resistentes à adoção de psicofármacos no tratamento em saúde mental reivindicavam sua importância em situações consideradas críticas. O estado de descontrole associado ao “surto” aproximaria as diferentes opiniões no esforço comum de impedir o possível desencadeamento de atos de violência do(a) paciente em relação a si mesmo(a) ou a terceiros. A partir de um cálculo dos riscos, a adoção de psicofármacos era pacificada como tecnologia capaz de assegurar o controle da situação, antecipando e impedindo a emergência de eventos indesejados (Rose, 1996).

Franco Basaglia (1985), grande expoente da Reforma Psiquiátrica italiana, sugere que a própria ideia de abolir as grades dos manicômios só foi possível após o advento dos psicofármacos, não por suas qualidades propriamente “curativas”, mas porque a sua entrada modificou e tornou possível uma relação entre médico e paciente. Em primeiro lugar porque, ao administrar o remédio, “o médico acalma a sua própria ansiedade diante de um doente com o qual não sabe se relacionar nem encontra uma linguagem comum”. Em segundo lugar porque os medicamentos “agem sobre o doente atenuando a percepção da distância real que o separa do outro, o que faz presumir uma possibilidade de relação que, de outra maneira, lhe seria negada” (Basaglia, 1985, p. 129). Por uma via que não deixa de ser violenta, os psicofármacos passariam a agir simultaneamente sobre as ansiedades do(a) enfermo(a) e do(a) médico(a), promovendo uma possibilidade de relação capaz de atenuar os medos e inseguranças historicamente materializadas nos muros dos manicômios.

Se tais muros foram construídos a partir da ideia de *perigo* associada à loucura, Robert Castel (1991) sugere que sua abolição foi acompanhada da reformulação do poder psiquiátrico, que passou, então, a atuar a partir da noção de *risco*. O internamento da loucura decorria da presunção de que o *perigo* era uma propriedade imanente ao indivíduo e, não podendo ser curada, deveria ser fisicamente contida pelo emparedamento ou biologicamente interrompida pela esterilização. Com o advento dos psicofármacos e a introdução de uma experiência comunitária da loucura, a ideia de *risco* passaria a operar por meio do cálculo de fatores que não eram perigosos em si, mas deveriam ser esquadrihados em triagens sistemáticas da população, a fim de evitar e prevenir incidentes indesejáveis. Mobilizando as proposições de Castel para pensar a “administração do risco” no liberalismo avançado, Nikolas Rose (1996) sugere que, uma vez que a ideia de “cura” passou a ser associada à restauração da capacidade de se adequar à sociedade, a instituição médica deixou de ser um espaço de cura, mas uma espécie

de “container para os mais arriscados, até que seu grau de risco possa ser totalmente avaliado e controlado” (Rose, 1996, p. 16, tradução nossa).

No interior do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha, profissionais da equipe de segurança e de saúde alinhavam discursos sobre a degenerescência, largamente difundidos em seus relatórios anuais, a uma série de práticas tipicamente asilares na condução cotidiana de sujeitos que habitam esse híbrido de hospital e prisão. Atualizando antigas e nunca abandonadas lógicas manicomiais, aferraram-se à missão de “proteger a sociedade” dos supostos riscos oferecidos por aqueles e aquelas ali encerrados. Conscientes da sua incapacidade de curar, seguem emparedando e incapacitando os refugos da Reforma Psiquiátrica que, por considerá-los demasiado “arriscados”, nunca os incorporou em suas previsões reformadoras.

Se o “surto” descrito por Magaldi (2020b) impõe um “*momento-limite*” às alternativas terapêuticas de uma unidade de assistência à saúde, a medida de segurança parece assinalar uma espécie de “*existência-limite*” das possibilidades de restauração e convívio em sociedade. Marcados pela dupla chaga do crime e loucura, os sujeitos da medida de segurança são tão rejeitados dos espaços prisionais quanto das instituições de saúde, corporificando medos e inseguranças que nem mesmo a introdução dos psicofármacos foi capaz de apaziguar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se dizer que em instituições manicomiais como os Hospitais de Custódia, doença e internação se justificam mutuamente. Num certo movimento em espiral, o manicômio produz aquilo mesmo que o autoriza. Gota, tendo buscado na internação uma estratégia para driblar o sistema, para escapar pelas suas frestas, foi, pouco a pouco, tragado pelo cotidiano manicomial, por uma dinâmica que transforma a própria razão de estar ali em sintoma. Pereira, por sua vez, só não trilhou o mesmo caminho pois conseguiu substituir a mortificação dos remédios por outras doses diárias de sofrimento que, ao menos, o mantinham consciente de si. No caso de Cíntia, os efeitos a longo prazo do uso intensivo de psicofármacos, aliado à negligência em relação ao tratamento de outros problemas clínicos e às nefastas consequências da própria institucionalização, foram definhando seu corpo e sua mente, produzindo debilidades que justificavam a continuidade da internação.

Em entrevista como uma agente penitenciária aposentada do HCTP, ela comentou, em certo ponto, que os peritos tinham receio em dar “*laudo favorável*”, pois acreditavam que se a pessoa “deixar de tomar o remédio, a tendência de voltar à doença é grande e, voltando a

doença, comete o delito de novo”. Perguntada sobre o que seria “dar certo”, ela respondeu: “É sair, não cometer outro delito, arrumar emprego... ou seja: ter uma vida social”. A capacidade de ser “restaurada a vida social” passa justamente pelo que Nikolas Rose (1996) chama de capacidade de “autogestão” e, mais especificamente entre pacientes psiquiátricos, a capacidade de adesão ao tratamento, de seguir e colaborar com as determinações médicas, garantindo a contenção dos *risco*s. Numa instituição que retém pacientes não apenas pela suposta condição de doentes, mas pela atribuição de *perigo* relacionada à acusação criminal, as lógicas do *risco* e do *perigo* parecem se cruzar no contínuo encerramento de sujeitos considerados improdutivos e indesejáveis.

Por um lado, ansiedades relacionadas à responsabilização daquele que assina o nome no papel de desinternação mobilizam cálculos de *risco* quanto à possibilidade de a pessoa reincidir. O registro de um *momento-limite*, em que supostamente a loucura induziu a um ato criminoso, não cessa de atualizar previsões futuras, independente do que os anos de internação foram capazes de produzir. Por outro lado, o *perigo* atribuído a esses sujeitos, como se dotados de uma essência inalterável, produz “existências-limites” que não encontram lugar no convívio social.

Promover o fechamento dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico vai de encontro com as inseguranças que fundamentam cálculos de *risco* e discursos de *perigo*. Defender o fechamento dessas instituições, envolve, portanto, combater a lógica manicomial que as sustentam, bem como imaginar e construir outras éticas do cuidado.

## REFERÊNCIAS

1. ANTUNES, Sara. “Eu tô vivo e isso aqui é minha vida agora”: produção de territórios e condições de existência no cotidiano de uma prisão. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 64, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/1678-9857.ra.2021.184480>. Acesso em: 13 fev. 2026.
2. ANTUNES, Sara. **Perigosos e Inimputáveis**: a medida de segurança em múltiplas dimensões. 2022. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade de São Paulo, São Paulo 2022.
3. BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
4. BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BRASIL). **Esteatose hepática**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/esteatose-hepatica/>. Acesso em: 12 fev. 2026.

5. BIEHL, João. Antropologia do Devir: Psicofármacos - abandono social - desejo. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 413-449, 2008.
6. BIEHL, João. **Vita: Life in a Zone of Social Abandonment** (Updated with a New Afterword and Photo Essay). Berkeley: University of California Press, 2013.
7. BRASIL. **Lei n° 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. Brasília: Diário Oficial [da] República do Brasil, 2001.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciário: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**. Brasília: Ministério da Saúde: Ministério da Justiça, 2002.
9. BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução n° 4, de 30 de julho de 2010**. Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança. Brasília: Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, 2010. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/07/resolucao-no-4-de-30-de-julho-de-2010.pdf>. Acessado em: 27 jan. 2025.
10. BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação n° 35, de 12 de julho de 2011**. Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da Medida de Segurança. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2011. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/849>. Acesso em: 27 jan. 2025.
11. BRASIL. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT).: **Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Relatório Anual (2017)**. Brasília: MNPCT, 2018. Disponível em: <https://mnpctbrasil.wordpress.com/wp-content/uploads/2019/09/relatrioanual20172018.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2025.
12. BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução n° 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Dispõe sobre a política antimanicomial do Poder Judiciário. Diário da Justiça Eletrônico. 2023. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf> Acesso em: 12 jan. 2026.
13. BUTLER, Judith. **Quadros de guerra: Quando a vida é passível de luto?** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.
14. CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na virada do século**. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP. 1998.
15. CASTEL, Robert. From Dangerousness to Risk. *In*: BURCHELI, Graham; GORDON, Colin; MILLER, Peter (ed.). **The Foucault Effect: Studies in Governmentality**. Hemel Hempstead, Herts: Harvest Wheatsheaf, 1991. p. 281-298.
16. CORREIA, Ludmilla Cerqueira. Enterrando o Manicômio Judiciário: contribuições da Reforma Psiquiátrica brasileira para a garantia do direito à saúde das pessoas em

- sofrimento mental autoras de delitos. *In*: CORREIA, Ludmilla Cerqueira; PASSOS, Rachel Gouveia (ed.). **Dimensão Jurídico-Política da Reforma Psiquiátrica Brasileira**: limites e possibilidades. Rio de Janeiro: Gramma, 2017. p. 79-107.
17. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Relatório de Inspeção Nacional: Desinstitucionalização dos Manicômios Judiciários. Brasília: **Conselho Federal de Psicologia**, 2025. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2025/07/Relatorio\\_inspecao\\_CDH.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2025/07/Relatorio_inspecao_CDH.pdf). Acessado em: 30 jul. 2025.
18. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). **Hospital de custódia**: prisão sem tratamento – fiscalização das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico do Estado de São Paulo. São Paulo: CREMESP, 2014.
19. DAS, Veena. **Vida e palavras**: a violência e sua descida ao ordinário. São Paulo: Editora UNIFESP, 2020.
20. DIAS, Marcel; MUHL, Camila. Agenciamentos da Psiquiatria no Brasil: Reforma Psiquiátrica e a Epidemia de Psicotrópicos. **Argumentum**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 60-74, 2020. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8946198.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2026.
21. FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010a.
22. FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**: A vontade de saber (Vol. 1). São Paulo: Edições Graal. 2010b.
23. FOUCAULT, Michel. **Em Defesa da Sociedade**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2018.
24. GROS, Frédéric. **Desobedecer**. São Paulo: Ubu Editora, 2018.
25. HENNING, Marta. Neuroquímica da Vida Cotidiana. **Cadernos IPUB VI**, [s. l.], n. 18, p. 123-143, 2000.
26. MAGALDI, Felipe. **Mania de liberdade**: Nise da Silveira e a humanização da saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020a.
27. MAGALDI, Felipe. Nas tramas da poção mágica: psicofármacos e criatividade em um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro. **Revista De Antropologia**, São Paulo, v. 63, p. 2, 2020b. Disponível em: <https://revistas.usp.br/ra/article/view/171315>. Acesso em: 27 jan. 2025.
28. MARCOLAN, João; URUSAKI, Maristela. Orientações básicas para os enfermeiros na ministração de psicofármacos. **Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 208-217, 1998.
29. PATROCÍNIO, Stela. **O reino dos bichos e dos animais é o meu nome**. Rio de Janeiro: Azougue Editorial, 2001.

30. PASTORAL CARCERÁRIA. Hospitais-prisão: notas sobre os manicômios judiciários de São Paulo. São Paulo: **Pastoral Carcerária da Arquidiocese de São Paulo**, 2018.
31. PIGNARRE, Philippe. **O que é o medicamento?** Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade. São Paulo, 34, 2001.
32. PRADO, Yuri; SEVERO, Fernanda; GUERRERO, André. Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.44, n. e. 3, 2020. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/3875>. Acesso em: 25 jan. 2026.
33. ROSE, Nikolas. Psychiatry as a political science: advanced liberalism and the administration of risk. **History of the Human Sciences**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 1-23, 1996.
34. RUSSO, Jane. **O mundo psi no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.
35. RUSSO, Jane e VENÂNCIO, Ana Teresa A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. v. 9, n. 3, pp. 460-483, 2006.
36. STEVENSON, Lisa. **Life beside itself: imagining care in the Canadian Arctic**. Oakland: University of California Press, 2014.
37. STOLER, Ann Laura. **Race and the education of desire: Foucault’s History of Sexuality and the colonial order of things**. Duke University Press, 1995.
38. STRATHERN, Marilyn. **O efeito etnográfico e outros ensaios**. São Paulo: Cosac Naify, 2014.
39. VIEIRA, Márcia do Nascimento. **Os modelos em saúde mental de Santos e São Paulo e a política nacional de saúde mental: a história desvelada**. 2014. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2014.
40. VINUTO, Juliana. FRANCO, Túlio Maia. “Porque isso aqui, queira ou não, é uma cadeia”: as instituições híbridas de interface com a prisão. **Mediações**, Londrina, v. 24, n. 2, p. 250–277, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2019v24n2p250>. Acesso em: 25 jan. 2026.

*Sara Antunes*

Pesquisadora de Pós-doutorado na Universidade Estadual de Campinas. Doutora em Antropologia Social pela Universidade de São Paulo. ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4407-4285>. E-mail: saravieira@alumni.usp.br