

Cartografia da Saúde do Homem em Conflito com a Lei

Cartography of the Health of Men in Conflict with the Law

Cartografía de la Salud del Hombre en Conflicto con la Ley

*Antônio Vladimir Félix-Silva*¹

Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Gabriela Pinheiro Soares

Universidade Potiguar (UNP)

Resumo

Neste estudo, apresentamos um recorte de uma pesquisa-intervenção realizada em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, com o objetivo de cartografar processos de subjetivação da saúde do homem com transtorno mental em conflito com a lei. Para a produção das informações, utilizamos a cartografia e realizamos encontros com participantes da pesquisa por meio de práticas integrativas grupais e uso de objetos relacionais da arte. Para a discussão e os resultados, utilizamos a esquizoanálise, que aponta: a) as ações do cuidado em custódia são reduzidas à medicalização do confinamento e à atenção de urgência e emergência, quando não é adiado ao máximo esse direito humano; b) a promoção da saúde do homem privado de liberdade é associada a ações de humanização e direitos humanos vinculados à determinação social. Conclui-se que os processos de subjetivação denunciam as instituições de violência e anunciam modos de desinstitucionalização da saúde mental custodiada.

Palavras-chave: saúde mental, hospital psiquiátrico, cuidado em custódia, saúde do homem

Abstract

In this study, we present a cutout of an intervention research performed in a Hospital of Custody and Psychiatric Treatment, with the objective of mapping subjectivation processes of the health of men with mental disorders in conflict with the law. For data production, we used cartography and held meetings with research participants through group integrative practices and the use of relational art objects. For discussion and results, we used schizoanalysis, which points out that: a) actions of care in custody are restricted to the medicalization of the confinement and the urgent and emergency attention, when this human right is not deferred to the maximum; b) the promotion of the health of men deprived of freedom is associated with humanization and human rights actions linked to social determination. We concluded that the subjectivation processes denounce institutional violence and announce ways of deinstitutionalizing mental health in custody.

Keywords: mental health, psychiatric hospital, care in custody, men's health

Resumen

En este estudio, presentamos un recorte de una investigación-intervención realizada en el Hospital de Custodia y Tratamiento Psiquiátrico, con el objetivo de mapear los procesos de subjetivación de la salud del hombre con trastorno mental en conflicto con la ley. Para la producción de información, utilizamos cartografía y realizamos reuniones con los participantes de la investigación a través de prácticas de integración grupal y el uso de objetos relacionales del arte. Para la discusión y los resultados, utilizamos el esquizoanálisis, que señala: a) las acciones de cuidado en custodia se reducen a la medicalización del encarcelamiento y a la atención de urgencia y emergencia, cuando este derecho humano no se extiende al máximo; b) la promoción de la salud del hombre privado de libertad está asociada a acciones de humanización y derechos humanos vinculadas a la determinación social. Se concluye que los procesos de subjetivación denuncian a las instituciones de violencia y anuncian formas de desinstitucionalización de la salud mental vigilada.

Palabras clave: salud mental, hospital psiquiátrico, cuidado en custodia, salud del hombre

¹ Endereço de contato: Avenida São Sebastião, 3950, apto. 8, Bairro Frei Higino, Parnaíba, PI. CEP: 64207-005.
E-mail: gabypsoares@hotmail.com

Introdução

Celas, cantos, contos, prosa e versos que denunciam violações de direitos humanos: artimanhas da loucura em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Corpos mal-amados pela pátria amada dormem em camas de concreto sem colchões. Homens com diagnósticos de transtornos mentais em conflito com a lei presos entre grades e psicotrópicos auguram vidas, liberdades pensantes, sonhos brincantes. Mau-cheiro. Celas escuras. Grades. Mais grades. Outras grades. Dores... Olhares algures atravessam entranhas. Ante o sofrimento ético-estético-político a que estão submetidos quarenta e três homens que cumprem medida de segurança no HCTP, também nomeado de manicômio judiciário, onde realizamos uma pesquisa-intervenção, nossos corpos de cartógrafo e cartógrafa engolem gritos, aprisionam liberdades, silenciam compaixão. Nossas lágrimas secam nos olhos antes que deslizem no rosto e caiam no chão (Diário Cartográfico do autor).

Na pátria amada Brasil, o manicômio mental (Pelbart, 2009a) nasceu antes do hospital psiquiátrico e antes do manicômio judiciário. O manicômio mental nasceu junto da colonização de indígenas e da escravização do povo negro, traficado da África. A genealogia do manicômio mental está relacionada ao racismo estrutural (Deleuze & Guattari, 2012), pretensão do homem branco, europeu e heterossexual que tinha a missão de projetar sua imagem por meio da extinção das desvianças e do isolamento dos desviantes que não estavam em conformidade ao idêntico de si mesmo; este que não suporta a alteridade dos loucos e dos que não se deixam identificar com o espelho da produção de subjetividade colonial-capitalística (Rolnik, 2018) cuja “crueldade só se iguala a sua incompetência ou a sua ingenuidade” (Deleuze & Guattari, 2012, p. 51). Essa mentalidade manicomial e racista, da qual não escapamos, deu origem à psiquiatria, cuja função de ordem social e higiene pública (Foucault, 2010a) é anterior à inauguração, no Rio de Janeiro, do Hospício D. Pedro II, em 1852, que passou a se chamar Hospital Nacional dos Alienados, em 1890 (Costa, 2007), e à criação do primeiro manicômio judiciário, em 1921, também no Rio de Janeiro, que, a partir do novo código penal, recebeu o nome de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (HCTPHC). Como ressalta Cristina Rauter (2003), antes, os loucos vagavam “pelas ruas, no hospital da Santa Casa, misturados a vagabundos, sífilíticos e prostitutas, nas prisões e nas casas de família, especialmente as abastadas” (p. 42); seguindo o Código Penal de 1830, os juízes recomendavam que “loucos que cometessem crimes fossem entregues às famílias e às casas a eles destinadas” (p. 42). O HCTPHC foi extinto em março de 2013, “após a desinternação jurídica de todos os pacientes” (Santos, & Farias, 2014, p. 516), efeito de intervenção com base na aplicação da Lei Antimanicomial, Lei n. 10.2016 (Brasil, 2001), e em argumentos que comporiam as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp) (Brasil, 2014).

A Lei n. 10.2016/2001, Lei da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001) ou Lei Antimanicomial emergiu a partir da Reforma Sanitária e da luta de trabalhadoras e trabalhadores da saúde mental que se iniciou no fim dos anos 1970 e se prolongou na década de 1980, tendo como marcos a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 e a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) de 1987 (Tenório, 2002; Yasui, 2010). A partir da Reforma Psiquiátrica e das políticas de saúde mental, enfrentamos desafios e tivemos avanços com algumas expe-

riências do cuidado de base comunitária a pessoas com sofrimento psíquico, envolvendo ações intersetoriais, arte, pontos de cultura, geração de renda, trabalho e economia solidária, autonomia e protagonismo de usuários e usuárias (Ramos, Paiva, & Guimarães, 2019). Atualmente, ainda há muitas dificuldades a serem superadas, principalmente relacionadas a usuários de substâncias consideradas lícitas e ilícitas e muitas relacionadas à saúde do homem com transtorno mental em conflito com a lei.

A política de saúde mental (Brasil, 2001) orienta o tratamento com base na atenção psicossocial de base comunitária e o acompanhamento pelos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), incluindo o acolhimento em todos os serviços e estabelecimentos da Rede de Saúde que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) e dispositivos do Sistema Único de Assistência Social (Suas). Nessa perspectiva, a atenção psicossocial ao homem com transtorno mental que se encontra custodiado também deve ser dada com base na Pnaisp (Brasil, 2014) e nos princípios da Lei n. 10.216/2001 (Brasil, 2001), que regulamenta as internações compulsórias aplicadas pela Justiça a inimputáveis e semi-imputáveis.

O homem com transtorno mental é considerado inimputável quando não é capaz de saber que estava cometendo atos infracionais ou entrando em conflito com a lei em um dado momento de crise relacionada a transtornos mentais (Brasil, 2011; Santos & Farias, 2014; Santana, Pereira, & Alves, 2017). A execução da medida de segurança a partir da internação compulsória tem sido uma dificuldade já apontada em outras pesquisas (Soares Filho & Bueno, 2016; Prado & Schindler, 2017), haja vista que essa internação só deveria ocorrer depois de esgotadas todas as possibilidades de tratamento terapêuticos e todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede de assistência (Dalmolin, 2006).

A Pnaisp surgiu em função do esgotamento de um modelo proposto no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) (Brasil, 2004), que objetivava garantir o acesso ao Sistema Único de Saúde como direito humano e o reconhecimento como sujeito de direito do cidadão que se encontra preso – direito assegurado pela Constituição de 1988 e pela Lei 8.080/1990. No entanto, mesmo com a adesão de todos os estados e do Distrito Federal ao PNSSP e com a constituição de 235 equipes de saúde, a maioria dependente das secretarias de Justiça, ficaram fora dessa atenção à saúde as pessoas custodiadas em penitenciárias federais; e a geografia da atenção à saúde, entre 2003 e 2013, com base nesse plano, foi reduzida aos muros das unidades que compõem o “itinerário carcerário: delegacias e distritos policiais, cadeias públicas, colônias agrícolas ou industriais” (Brasil, 2014, p. 5).

A Pnaisp, construída com a participação de vários atores sociais e deliberada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), parte do reconhecimento do fracasso da instituição Saúde quanto à redução epistemológica da atenção e do cuidado com ações limitadas à instituição Justiça, por isso, aposta em ações interministeriais e anuncia, na perspectiva da clínica ampliada, a “necessidade urgente de promover a inclusão efetiva das Pessoas Privadas de Liberdade ao Sistema Único de Saúde - SUS, cumprindo os princípios de universalidade e de equidade” (Brasil, 2014, p. 5). Em outras palavras, a assistência, no âmbito do SUS, aconteceria para além dos muros do itinerário carcerário, ou seja, contando não só com o trabalho das equipes mínimas que atuam *in loco* – em 2013, eram 235 Equipes de Saúde no Sistema Prisional – mas também com todos “os serviços da Rede de Atenção à Saúde do SUS, incluindo definitivamente toda a população privada de liberdade no Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2014, p. 6). Com base nessas políticas, as ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos

à saúde do homem com transtorno mental em conflito com a lei fazem parte do cuidado no itinerário carcerário, haja vista o HCTP constituir uma das unidades do sistema penitenciário. Essa política concebe itinerário carcerário como todo o percurso no sistema prisional, “desde o momento da detenção do cidadão e sua condução para um estabelecimento policial até a finalização do cumprimento da pena” (Brasil, 2014, p. 7).

Dada a existência de manicômios judiciais e de outros manicômios, a luta antimanicomial é uma luta permanente, haja vista que a própria Reforma Psiquiátrica corre risco de contrarreformas. O atual governo (2019-2022) lançou a Nota Técnica n. 11/2019, que aponta para a suspensão do fechamento de leitos, a ampliação de leitos psiquiátricos, o financiamento para compra e uso de aparelhos de eletroconvulsoterapia (ECT) (Brasil, 2019).

De acordo com dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o Brasil tem atualmente vinte e nove Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Os HCTPs, apesar de terem o nome de hospitais, não são unidades de saúde, sendo considerados pelo SUS como unidades prisionais, destinadas à custódia das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e que estão submetidas à sanção penal de Medida de Segurança- indivíduos que cometeram algum tipo de delito ou contravenção penal, mas não são reconhecidos pela justiça como capazes de identificar o caráter ilícito de suas ações (inimputáveis) (Brasil, 2014, p. 8).

No que se refere às experiências de desinstitucionalização de custodiados, destacamos os processos realizados por meio do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), em Minas Gerais, desde 1999, e do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (Paili), em Goiás, iniciado em 2009. As ações desses programas incluem compensação das internações compulsórias por acompanhamento ao longo do processo criminal, oferecendo assistência integral e intersetorial a partir dos serviços do SUS e Suas às pessoas com transtornos mentais que entram em conflito com a Lei (Correia, Lima, & Alves, 2007; Soares Filho & Bueno, 2016; Prado & Schindler, 2017).

À diferença dessas experiências, o HCTP, onde realizamos a pesquisa, tem em comum com outras unidades que compõem o itinerário do sistema prisional no Brasil, nos Estados Unidos e na França, o agenciamento da produção de subjetividades custodiadas em modos de vida precária com tratamento desumanizado e degradante (Wacquant, 2007; Agamben, 2008; Butler, 2011). Trata-se de uma perspectiva biopolítica de fazer sobreviver em condições subumanas para deixar morrer (Agamben, 2008) custodiado em uma estrutura marcada pela grave carência de profissionais e pela insalubridade (Wacquant, 2007), “das celas com umidade, sujeira, pouca iluminação e ventilação [que] geram impacto direto nas demandas de saúde, pois propiciam o surgimento de agravos ou os potencializam, facilitando a transmissão e dificultando o tratamento das doenças” (Brasil, 2014, p. 8).

Estudos realizados nos Estados Unidos, na Inglaterra e na França anunciam as dificuldades para a chamada ressocialização dos custodiados, principalmente quando não se inventam processos de autonomia e não se criam condições para que eles se sintam pertencentes ao processo de desinstitucionalização. Schmitt, Bolsoni, Conceição e Oliveira (2014) afirmam que pesquisas realizadas no Brasil também mostram resultados similares a esses estudos. As autoras e o autor confirmam que “nosso contexto se agrava pela pesada herança antidemocrática (escravismo, machismo, repetidas ditaduras, exclusão social crônica) e pela opção do

desenho do sistema sob forte influência norte-americana” (p. 8); concluem apontando para o “grave paradoxo: o Estado prende para ensinar o cidadão a respeitar a lei, mas o castiga descumprindo todas as leis e destituindo-o dos direitos de cidadania” (p. 9). Paradoxo dos paradoxos encontramos no manicômio judiciário, onde o homem em conflito com a lei é custodiado para receber tratamento psiquiátrico e cumprir medida de segurança, não obstante o Estado viola os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, agenciando subjetividades que produzem racismo institucional e reproduzem linhas duras das instituições de violência: Justiça/Prisão, Saúde/Psiquiatria.

Foucault (2010b) observou que, até o final do século XVIII, o direito penal só considerava loucura os casos relacionados à demência e a debilidades mentais e quando o transtorno mental se apresentava na forma de furor. O autor apresenta uma genealogia dos jogos de saber e da modalidade de poder relativos à racionalidade médica que inventou a patologização do crime voltada à higienização pública e relata, ainda, que a intervenção da psiquiatria na jurisprudência da loucura do crime na França, na Inglaterra, na Áustria e na Escócia ocorreu no início do século XIX, “a propósito de uma série de casos que tinham aproximadamente a mesma forma e se desenrolaram entre 1800 e 1835” (Foucault, 2010b, p. 3).

A partir da leitura do livro de Delmato, *Código Penal Comentado*, Soares Filho e Bueno¹⁵ ressaltam “que, no Brasil, antes da reforma do Código Penal Brasileiro, de 1984, todos os ‘excluídos’ eram considerados perigosos para a sociedade. Depois desta data, somente as pessoas com transtornos mentais foram consideradas perigosas” (p. 2106). Nessa situação, de acordo com o Sistema de Informações Penitenciárias (Infopen), em 2014, existiam, no Brasil, “2.497 pessoas em cumprimento de Medida de Segurança na modalidade de internação psiquiátrica. Aproximadamente 85% destas pessoas estão em Alas Psiquiátricas ou Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e 15% em unidades prisionais comuns” (Soares Filho & Bueno, 2016, p. 2103).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Pnaish) (Brasil, 2008) reconhece a coexistência de determinantes sociais do processo saúde-doença, entre os quais, problematiza e ressalta a violência como “um fenômeno difuso, complexo, multicausal, com raízes em fatores sociais, culturais, políticos, econômicos e psico-biológicos, que envolve práticas em diferentes níveis” (p. 11). A violência amplia a vulnerabilidade dos custodiados e expõe os homens, autores de atos infracionais, a outras situações de violência, dado que a produção de subjetividades custodiadas está marcada pelo agenciamento de modos de vida precária (Butler, 2011) e a violência, tal qual a injustiça social, é um dos dispositivos da produção de subjetividade colonial-capitalística (Rolnik, 2018).

Quando o cenário de prática profissional é um HCTP, onde o processo de gestão, trabalho e educação em saúde é precário, e as ações, fora dos muros do manicômio judiciário, são reduzidas à atenção de urgência e emergência, quando tem transporte e número suficiente de agentes penitenciários trabalhando, como se configuram os processos de subjetivação da saúde do homem privado de liberdade que entrou em conflito com a lei em função de transtornos mentais? Quando pensamos esse foco indagatório, voltamo-nos à problematização das ações de profissionais nesse cenário de práticas de produção de subjetividades custodiadas. Guiamo-nos pela concepção de saúde como campo de produção da vida e negociação de sua determinação social (Brasil, 2010). E entendemos por processos de subjetivação a expressão, por meio da linguagem verbal e não verbal, de modos de sujeição e de

devir sujeito, modos de ser, pensar e atuar, de produzir narrativas ou reproduzir discursos. Trata-se da expressão de enunciados e enunciações que nos remetem tanto à dimensão extrapessoal quanto à dimensão intrapessoal, tanto às questões macro quanto às questões micropolíticas. Guattari & Rolnik (2010) mostram que esses processos de subjetivação são totalmente descentrados, podendo exprimir atravessamentos das instituições econômicas, sociais, tecnológicas, icônicas, ecológicas, etológicas, midiáticas, jurídicas e políticas; e, ao mesmo tempo, exprimir “sistemas de percepção, de sensibilidade, de afeto, de desejo, de representação, de imagem e de valor, modos de memorização e de produção de ideias, sistemas de inibição e de automatismos, sistemas corporais, orgânicos, biológicos, fisiológicos e assim por diante” (p. 39).

Desde essa perspectiva, apresentamos uma análise dos desdobramentos relacionados ao nosso objetivo, a saber: cartografar processos de subjetivação da saúde do homem que cometeu algum delito durante crise de transtorno mental. Para tanto, pensamos, inicialmente, com os poetas, participantes da pesquisa, e com outros autores e autoras que, no nosso ponto de vista, contribuem com concepções e conceitos para nossa caixa de ferramentas denominada esquizoanálise (Perrone, 2009; Deleuze & Guattari, 2012). A partir da esquizoanálise, Deleuze e Guattari (2012) concebem a subjetividade como uma produção, politicamente, economicamente e historicamente, marcada pela formação do desejo no campo social, cujos processos de subjetivação exprimem a coexistência de agenciamentos segmentares, os quais os autores nomeiam de linhas de força molar, e agenciamentos coletivos e criativos do desejo, os quais eles nomeiam de linhas maleáveis e moleculares, no sentido de deslocamentos, desterritorializações e devir nova subjetividade (Rolnik, 2006).

O que buscamos com a esquizoanálise dos processos de subjetivação da saúde do homem que cometeu algum delito durante crise de transtorno mental? Na produção de subjetividades custodiadas, operam principalmente os dispositivos Justiça e Psiquiatria com seus jogos de saber e poder “que instrumentam táticas de controle, fixação e adestramento dos corpos” (Rauter, 2003, p. 16). Não obstante, para análise dos processos de subjetivação da saúde do homem com transtorno mental em conflito com a lei, consideramos também outros dispositivos com seus atravessamentos sociais, econômicos, educacionais e políticos que emergem dessa produção de subjetividades relacionados às ações de desumanização e humanização em saúde. A esquizoanálise não propõe a representação, a interpretação nem a simbolização do objeto de estudo, “mas apenas a fazer mapas e traçar linhas, marcando suas misturas tanto quanto suas distinções” (Deleuze & Guattari, 2012, p. 119)². Nessa perspectiva, buscamos não delinear somente os atravessamentos dos dispositivos que são articulados para o agenciamento do homem com transtorno mental em conflito com a lei “como alguém potencialmente [perigoso, sempre] capaz de comentar um crime” (Rauter, 2003, p. 41). Ou seja, não reduziremos a análise dos processos de subjetivação dos participantes da pesquisa às linhas duras, linhas de força do manicômio mental que operam como grades conectando a vida do custodiado à loucura e à periculosidade, mas ressaltamos a existência dessas linhas com o desalinhamento antimanicomial a partir dos versos, isto é, das linhas dos poemas que são tradução de processos de subjetivação criativos que singularizam a vida entre grades e psicotrópicos.

Caminhos cartográficos no manicômio

No HCTP, onde realizamos a pesquisa, tomamos conhecimento, em uma das rodas de conversa realizadas com a gestão, que havia trinta homens com transtornos mentais em conflito com a lei, no itinerário do sistema prisional, aguardando uma vaga no HCTP. Constatamos que havia quarenta e três internos e vinte e três em tratamento ambulatorial, totalizando sessenta e seis pacientes judiciários do sexo masculino; faixa etária entre 18 e mais de 60 anos, sendo trinta e dois deles da região metropolitana e trinta e quatro de outros municípios do Estado, conforme dados estatísticos que o HCTP sistematiza para alimentar o Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (InfoPen). Em uma das rodas de conversa realizada com a presença da psiquiatra, ela nos relatou que a maioria dos considerados pela Justiça como inimputáveis é caracterizada pela psiquiatria no âmbito das psicoses, e a minoria, no campo das toxicomanias e dos transtornos de personalidade antissocial: vinte e nove cumpriam medida de segurança, entre os quais sete haviam feito a conversão da pena para essa modalidade; nove dependentes de drogas ilícitas estavam na denominada situação temporária de internação, além de seis que deveriam estar em liberdade, pois se encontravam na denominada “desinternação condicionada”, ou seja, a Justiça havia lhes outorgado esse direito, mas o processo de desinstitucionalização estava condicionado à existência de dispositivos tais como família, residência terapêutica, residência assistida. Esses custodiados se encontravam com os vínculos familiares interrompidos e só havia uma Residência Terapêutica em funcionamento na cidade, havendo a notícia de recursos orçados para outras duas que não foram abertas durante o período da pesquisa.

Nesse contexto, realizamos uma cartografia dos processos de subjetivação da saúde do homem com transtorno mental em conflito com a lei, ou seja, do homem que cometeu algum delito durante uma crise de transtorno mental. Essa cartografia, como modo de fazer pesquisa qualitativa em Psicologia, Ciências Sociais e Saúde Coletiva (Barros & Kastrup, 2010), implicou a composição de paisagens psicossociais (Rolnik, 2006) com os participantes no manicômio judiciário, por meio de práticas integrativas grupais (Nascimento, 2016) e de ferramentas da arte relacional (Rolnik, 1988; 2002; 2006).

A produção das informações se deu por meio da realização de vinte e cinco encontros de duas horas cada um, com dezoito participantes, por um período de um ano e oito meses, excetuando-se meses de férias. Além disso, realizamos seis rodas de conversa com nove dos dezesseis agentes penitenciários que trabalham em trios por plantão de 24h; um círculo de cultura e três rodas de conversa com um psiquiatra que presta serviço de 4h uma vez por semana, três enfermeiros e duas técnicas de enfermagem que prestam serviços de 8h por dia, alternadamente, e duas assistentes sociais que também prestam serviço de 8h, uma vez por semana. Realizamos doze reuniões com a gestão, diretor e vice. Ao todo, foram 70 entradas e saídas.

Entre os objetos relacionais da arte produzidos pelos participantes da pesquisa, elegemos para análise dos processos de subjetivação da saúde do homem com transtorno mental em conflito com a lei: dois diários cartográficos escritos em versos e narrativas em prosa de um agente penitenciário, de uma enfermeira, de dois técnicos de enfermagem e de uma assistente social; e narrativas produzidas em uma roda de conversa e um círculo de cultura, do qual participaram sete profissionais. O uso de objetos relacionais da arte para intera-

ção e intercâmbio com os participantes e para a produção de informações vinculadas ao objetivo da pesquisa está relacionado à perspectiva ético-estético-política da cartografia e à concepção de arte contemporânea: arte como experimentação (Dias, 2004; Rolnik, 2006), a exemplo dos objetos relacionais de Lygia Clark (Rolnik, 2002). Nessa cartografia, nossos diários cartográficos foram usados como instrumentos de registros de informações e os diários cartográficos dos participantes, cujo material foi entregue durante a pesquisa, foram usados como objetos relacionais. Objetos relacionais são artefatos da arte que produzem afecções, não só os levados por nós: literatura, música, filmes, fotografia, vídeos, entre outros; como também os produzidos pelos participantes da pesquisa: tatuagens, modelagens, cartas, contos, causos, poesia, rap, letras de música e esquizodrama.

“Vivendo entre Aspas”

“*Vivendo entre Aspas*”, de autoria de Sabiá, é um poema escrito com um verso único e que o faz fugir à estrutura e à métrica do haikai, sem deixar de se aproximar de elementos da composição poética dessa arte japonesa: permanência, transformação, percepção momentânea, ausência de rima e de adjetivação pitoresca ou explicações (Vieira, 1989). As aspas (significante) constituem elementos de permanência e o verbo viver, no gerúndio, elemento de transformação; já as aspas concretas (””) compõem as imagens que atravessam o poema, simbolizando as grades que aprisionam “um modo de viver o real cotidiano [no manicômio], sem complicá-lo com ideias”, para usar uma expressão da experiência zen de Alberto Caieiro, heterônimo de Fernando Pessoa (Vieira, 1989).

O poema-título desta seção com resultados e discussão e os versos de poesias, enunciados e enunciações, apresentados para análise dos processos de subjetivação da saúde do homem em conflito com a lei, fazem parte da arte de reinventar-se em um HCTP. Os custodiados, participantes da pesquisa, recebem aqui como pseudônimos nomes de pássaros. Trata-se de um recorte de uma pesquisa-intervenção, cujo projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado conforme Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 02830412.5.0000.5296.

No âmbito da psicologia e saúde coletiva, a promoção da saúde é associada às ações de profissionais em cenários cujas práticas são vinculadas à determinação social da saúde e aos direitos humanos. Quando esse cenário de prática faz parte do itinerário do sistema prisional, onde não há uma Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei e não se dá a efetiva inclusão dessas pessoas ao Sistema Único de Saúde como assegura a Pnaisp (Brasil, 2014), as ações de saúde são reduzidas à atenção de urgência e emergência; no HCTP, às vezes, até esse direito humano é negado.

Durante a pesquisa, fizemos intervenção para que fosse agendado exame de vista de um dos participantes; há seis meses, seu pai havia deixado o valor da consulta oftalmológica com o diretor da unidade; o custodiado gostava de ler e de escrever, ficou feliz quando recebeu novos óculos, mesmo que só pudesse ler em alguns momentos do dia, pois não havia lâmpada em sua cela nem na maioria das celas. Seis meses depois, fizemos visita a um dos participantes, após ele se submeter à cirurgia para retirada de “pedra na vesícula”. Ele narra que passou à noite “batendo grades”, gritando de dor e gritando “Agente! Agente! Agente!”, mas só ouviram seus gritos pela manhã. À noite, não havia, no HCTP, nenhum profissional

da saúde de plantão. No mesmo período, identificamos sintomas de tuberculose em um dos participantes da pesquisa. Nossa intervenção junto à administração do HCTP provocou a visita do Sistema de Vigilância em Saúde do Estado, que realizou teste rápido e não só comprovou que o custodiado estava infectado como também diagnosticou que outros custodiados e mais treze agentes penitenciários estavam com nível de bacilos no sangue um pouco acima do aceitável pela vigilância sanitária.

Um ano após iniciada a pesquisa, fomos convidados à “festa de natal” no HCTP; aquele dia havia reforço, além dos agentes penitenciários, pelo menos mais três polícias portavam fuzis. Encarregaram-nos de fazer uma vivência com os custodiados; dos quarenta e três internos, aproximadamente, trinta estavam na sala onde realizávamos os encontros, chamada de biblioteca. Não tivemos coragem de compor com a hipocrisia; recusamo-nos e nos negamos a desenvolver qualquer dinâmica e grupo, depois de ouvir uma das assistentes sociais responder pelo diretor da unidade a um pedido de um custodiado. Ele pedia: “Doutor, quando vão marcar minha ida ao dentista? Não aguento mais tanta dor de dente”. Antecipando-se ao diretor, a assistente social expressou todo o agenciamento moral-religioso que atravessa molarmente os processos de subjetivação e de produção de subjetividades custodiadas: “Hoje, vamos esquecer a dor de dente, a dor de cabeça, todas as dores. Hoje, é dia de celebrar o nascimento de Jesus!”.

Esse incidente nos fez lembrar a narrativa de Carcará, em um dos nossos primeiros encontros. Ao se referir ao homem com transtorno mental em conflito com a lei, no HCTP, ele afirmava: “Eu não me considero um problema, mas um produto; pois o que tem, aqui, na unidade, é apenas cadeia, a pessoa é totalmente esquecida e tem uma patologia acrescentada”. Segundo ele, a patologia acrescentada é um problema sério. E conclui: “Aqui, tem um problema sério, a direção. Esse problema da direção mancha a reputação da justiça. O Hospital de Custódia era para se chamar de Hospital da Hipocrisia, pois não existe recuperação. Isso tem que ser denunciado, essa unidade tem de ser fechada, por isso não basta melhorar as estruturas, pois a forma de tratamento que fazem conosco também está errada”.

A assistência jurídica, uma determinação social da saúde no itinerário do sistema prisional, praticamente não existe no HCTP. Entre os seis custodiados em situação de desinternação condicional, havia Ave-Severina, com mais de sessenta anos. Ele vivia capinando as áreas do HCTP, até que morreu com câncer nos ossos. Dos cinco que continuaram nessa condição de liberdade condicionada à situação de internos, dois foram transferidos para a Residência Assistida de um Hospital Psiquiátrico depois das intervenções provocadas por nossa cartografia, com intervenções junto à Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania (Sejuc) e indiretamente a outros órgãos da rede de assistência e de atenção psicossocial. Nossa pesquisa-intervenção gerou outros processos de desinstitucionalizações e desinternações que não serão relatadas aqui, por questões do recorte da pesquisa.

Durante a pesquisa, nossos diários cartográficos foram usados como instrumentos de registros de informações, e os diários cartográficos dos participantes foram usados como objetos relacionais, o material desses diários foi entregue numa oficina de confecção de capas de livros que poderiam ser escritos por cada um deles. Entre os dezoito custodiados participantes da pesquisa, uma minoria fazia desenho e a maioria narrava em prosa, escrevia cartas ou pedia ao parceiro de cela para escrever o que narrava. Dois poetas escreveram em versos seus diários cartográficos, objetos relacionais da arte produzidos pelos participantes, durante a pesquisa.

Ao devir poesia, a minoria o faz das experiências das grades, experiências do Fora de dentro do HCTP. “Para Blanchot, Foucault e Deleuze, a experiência do fora constitui uma estratégia de resistência que, na contramão da tradição racional, inaugura novas possibilidades éticas e estéticas de vida” (Levy, 2011, p. 135). Portanto “abrir o pensamento ou arte para as forças do fora significa chamar a vida à transformação, colocar em prática estratégias de resistência. Ou, nas palavras de Deleuze e Guattari, fazer do pensamento e da arte verdadeiras máquinas de guerra” (Levy, 2011, p. 136).

A força de fazer fugir o pensamento do manicômio judiciário, permanecendo custodiado, faz da prisão no HCTP “um lugar político, quer dizer, um lugar onde nascem e manifestam-se forças, um lugar onde se forma a história, e de onde o tempo surge” (Foucault, 2010a, p. 82). Nessa perspectiva ético-estético-política da cartografia, a poesia “tem, ao menos, um quê de comum com o discurso: quando faz passar uma força que cria a história, ela é política” (Foucault, 2010a, p. 82). O Fora na vida entre grades na prisão, como expressam os poetas participantes desta cartografia, está relacionado à liberdade de inventar “uma modalidade [poética] e inédita entre pensar, viver e desarrazoar” (Pelbart, 2009a, p. 138).

“A cadeia não são as grades, / A liberdade não é a rua, / Existem homens livres nas grades. / E existem homens presos na rua”. Esses versos de Mandarim, citando e parafraseando Mahatma Gandhi, e o poema-título desta seção foram produzidos em um encontro mediado pela poesia, um dos objetos relacionais da arte que utilizamos durante a pesquisa. O poema de Sabiá e os versos de Mandarim convergem com o pensamento de Toni Negri (2001):

A vida é uma prisão quando não a construímos e quando o tempo da vida não é apreendido livremente. É possível ser livre tanto dentro como fora da prisão. A prisão não é [só] uma falta de liberdade, assim como a vida não é a liberdade – pelo menos a vida dos trabalhadores [que se assujeitam a condições de trabalho e de vida desumanos]. (p. 21).

Os versos dos poetas, como diria Artuad, não “respiram ócios felizes e êxitos do intelecto” (Pelbart, 2009b, p. 131), no contexto do HCTP. Pelo contrário, eles denunciam e anunciam a produção de subjetividades custodiadas cuja análise dos processos de subjetivação da saúde do homem em conflito com a lei nos remete ao sofrimento ético-estético-político, ao desassossego provocado pelo confinamento, às afecções do corpo e à resistência política dos participantes da pesquisa e às sensações que o manicômio judiciário produz neles e em nós, cartógrafo e cartógrafa.

Os enunciados e enunciações que expressam esses processos de subjetivação constituem uma tradução dos agenciamentos produzidos, principalmente, pelas instituições Justiça e Saúde, mostrando como a determinação social da saúde e os determinantes sociais atravessam e transversalizam a produção de subjetividades custodiadas: “Muitos que aqui chegam / Não sabem nem onde estão / O tempo vai aumentando / Dentro do coração / Muito remédio controlado / É dado às pessoas / Mas nada se vê mudado / No comportamento delas” (Sabiá). “Passamos dia e noite trancado / Não tem nada pra fazer / Vivo deitado o dia todo / E começo a escrever. / São muitos assim como eu / Que vivem neste estado / O que tem só é remédio / Para os desorientados / Que os médicos receitam / Pros doidos ficar comportados” (Mandarim).

No HCTP, prevalece a medicalização do confinamento, no sentido da psiquiatrização e psicologização de tudo que foge à norma (Foucault, 2010a)⁴. A medicalização dos modos

de vida precária (Butler, 2011) e, conseqüentemente, o confinamento entre grades e o tratamento reduzido à aplicação de psicotrópicos são dispositivos que emergem nas prosas de outros participantes da pesquisa e nos versos de Sabiá e Mandarin, marcando os processos de subjetivação segmentados e a produção de subjetividades custodiadas pelas instituições da violência (Basaglia, 2010):

“No hospital de custódia / É engraçado se ver / Os médicos que têm aqui / Não quer a gente atender/ Se depender somente deles / A gente vai é morrer. / Nós pedimos aos enfermeiros / Alguma medicação / Eles falam que não podem / Tem que ter autorização / Dos médicos desta Unidade / Que não dão nem atenção” (Mandarin). “Os funcionários daqui todos eles usam ‘máscaras’ / Para quem está fora olham de um jeito / Mas para nós mudam completamente as caras! / Por causa disso e outras coisas / Muitos que saem, voltam / E quando chegam mostram os monstros que eles moldaram” (Sabiá). “Só tomo remédio à noite / Somente para dormir / Eu não estou precisando mais / Com isso não vou discutir / O médico não quer suspender / Quem sou eu pra impedir?” (Mandarin). “Nunca vi tanto disfarce / Lobos em face de cordeiros / Somente os prisioneiros / Não estão disfarçados de doentes! / O tempo é o remédio e o remédio destrói / Onde a mente é dizimada nada mais se constrói” (Sabiá).

O paradoxo do tempo: tempo como remédio pode ser o tempo dos bons encontros com a escrita e de devir outro ao devir poesia, tempo de intensidade das sensações de sensibilidade, o qual não está dissociado do afeto nem da duração da experiência emotiva (Lapoujade, 2013). Trata-se de um tempo do fora que os autores usam para escrever versos, tradução de linhas de fuga que resistem ao manicômio judiciário e à produção de subjetividades que capta e copta os processos de subjetivação no desejo de manicômio. O uso desse tempo para criação serve para que os autores dos versos denunciem a segmentaridade molar do tempo no manicômio: o remédio controlado como materialização da medicalização da existência e o assujeitamento ao uso abusivo de psicotrópicos para matar o tempo de produção de vida: segmentaridade que expressa linhas duras do desejo de manicômio, linhas-grades que inibem os processos de singularização, quando não os destrói, produzindo dessubjetivação, efeitos da servidão social (máquina Justiça, máquina Psiquiatria) e da servidão máquina (desejo servil, máquina inconsciente colonial-capitalístico) (Lazzarato, 2010; Rolnik, 2018). Era comum encontrar algum recém-custodiado vagando; às vezes, um dos participantes da pesquisa o convidava aos nossos encontros para que fizéssemos intervenção junto à psiquiatria a fim de sugerir a redução da indicação abusiva de psicotrópicos.

A questão da segurança alimentar e nutricional também emerge como parte da determinação social da saúde do homem com transtorno mental em conflito com a lei: “A nossa alimentação / É vergonha até dizer / É pão dormido com café / Que é obrigado a família trazer / Que o governo não quer mais / Mandar alimentação pra você. / O feijão é velho e duro / Chega até a amargar / [...] É difícil viver assim / Tudo para você nunca chega / Café amargo e pão duro / Desse jeito sem manteiga. / A nossa alimentação / Não tem nada de vegetal / O almoço e as quentinhas / Que não tem nada de sal / A janta do mesmo jeito / Que faz a gente passar mal. / Não temos nutricionista / Para este processo acompanhar / Alguns não se sentem bem / Quando vão se alimentar / Comida terceirizada / Feita em qualquer lugar. / [...] Com uma comida dessa / Regime não admira / Pois os doido é tão magro / E ainda mais doente / Falta tudo nesse lugar / Só não falta paciente” (Mandarin).

As narrativas em prosa dos profissionais convergem com os enunciados em versos dos poetas. Elas dão conta de processos de subjetivação segmentados em práticas de saúde cristalizadas e atravessadas pelos jogos de saber e poder que imprimem uma redução da epistemologia da saúde à psiquiatria: “Falta de conhecimento e experiência profissional em psiquiatria e ausência de capacitação em enfermagem forense e psiquiatria e/ou psiquiatria forense” (Enfermeira); “Falta de incentivo à qualificação técnico-científica e ao aperfeiçoamento profissional” (Técnico de Enfermagem 1); “Falta de conhecimento da doença mental” (Técnica de Enfermagem 2); “Política, em curto prazo, de viabilização de recursos que incentivem a capacitação e a formação profissional, bem como o aprimoramento destes técnicos [de enfermagem] na psiquiatria forense” (Técnico de Enfermagem 1).

Os dispositivos *classe* e *apoio familiar* emergem como determinantes sociais da promoção da saúde do homem com transtorno mental em conflito com a lei. Nos processos de subjetivação de uma das assistentes sociais, única profissional que se refere ao custodiado como paciente, ela afirma: “A reintegração social do portador de transtorno mental em conflito com a lei na família [é uma dificuldade], considerando a desinformação da patologia do seu familiar e as condições socioeconômicas desfavoráveis. De concreto, sabemos das dificuldades dos serviços de saúde mental para inclusão de nossa demanda, [de] deslocamento das famílias. Identificamos em alguns casos que a família não está preparada para lidar com a manifestação e o comportamento do paciente uma vez em tratamento ambulatorial” (Assistente Social 1). O técnico de enfermagem corrobora: “Há número reduzido de profissionais, pouco incentivo financeiro e nenhum incentivo educacional” (Técnico de Enfermagem 1).

Artes do fim do começo do manicômio

A discussão e os resultados apresentados anteriormente mostram que: a) a cartografia como modo de fazer pesquisa-intervenção possibilitou aos participantes da pesquisa devir grupo sujeito na escrita de narrativas e elaboração de diários cartográficos de sua autoria; b) as ações do cuidado, no HCTP, são reduzidas à medicalização do confinamento e à atenção de urgência e emergência, quando não é adiado ao máximo até esse direito humano; c) a promoção da saúde do homem privado de liberdade, nos processos de subjetivação dos participantes da pesquisa, é associada a ações de humanização e direitos humanos vinculados à determinação social da saúde.

Os processos de subjetivação da saúde do homem em conflito com a lei denunciam as instituições de violência e anunciam modos de desinstitucionalização da saúde mental custodiada. Não obstante, não deixamos de reconhecer as dificuldades encontradas para efetivar não só as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, no contexto do HCTP, mas também as dificuldades de ações voltadas à desinstitucionalização e ao fechamento do manicômio judiciário, como aponta uma das assistentes sociais e um dos custodiados participantes da pesquisa, haja vista o comprometimento da articulação *trabalho, gestão e educação em saúde* diante do fluxograma do (des)cuidado ao custodiado e ao profissional da saúde e diante da fragmentação da organização do processo de trabalho da equipe de atenção psicossocial. Sem dúvida, as falhas na Raps e a negligência política do Estado contribuem para isso, considerando que só havia uma Residência Terapêutica em funcionamento

na cidade e a notícia de recursos orçados para outras duas que não foram abertas durante o período da pesquisa.

A atenção psicossocial à saúde do homem com transtorno mental em conflito com a lei e privado de liberdade, no HCTP, é extremamente precária, como mostramos com a análise dos processos de subjetivação cartografados. O que conseguimos mapear como desdobramento mínimo dos processos instituintes, gerados a partir da pesquisa-intervenção, está relacionado à mobilização de recursos éticos, estéticos e políticos. O cuidado em saúde, no âmbito do instituído pelas políticas, está relacionado à articulação de dispositivos e ações intersetoriais cujos efeitos do uso, caso fossem efetivadas as ações, dentro e fora dos muros do HCTP, poderiam convergir para a desinstitucionalização das subjetividades custodiadas e para a promoção da saúde: segurança física; acesso à alimentação saudável; atenção psicológica; acompanhamento psiquiátrico; assistência jurídica; prevenção de agravos; cuidado aos hipertensos, aos diabéticos e aos que têm diagnósticos de soropositivos; acesso aos serviços de saúde em casos de urgência e emergência e para recuperação da saúde em casos de processos de adoecimento; assistência social ao custodiado e à família.

Os autores dos versos também produziram uma cartografia do trabalho morto dos agentes das instituições da violência no HCTP. Eles nos fizeram ver, falar e pensar sobre sua poesia como produção do trabalho vivo em ato (Merhy, 2005) e sobre como a segmentaridade dos processos de subjetivação do processo de trabalho, no HCTP e nos órgãos que compõem o sistema jurídico-político do Estado, corrobora agenciamento de produção de subjetividades custodiadas e não contribui com processos de desinstitucionalização nem com o fechamento do manicômio judiciário.

Os versos conectados à vida e ao pensamento do fora (fora do manicômio mental) são linhas de fuga às modulações do manicômio judiciário que operam como grades conectadas à engrenagem da produção de subjetividade colonial-capitalística (Rolnik, 2018). A linguagem poética, composta por imagens, enunciados e enunciações, como em “Vivendo entre Aspas”, traduz os processos de subjetivação de Sabiá e Mandarin, nos quais encontramos convergência com o pensamento de Foucault (2002), para que possamos afirmar com os poetas e o filósofo que, no HCTP, o tratamento da loucura fica no limbo entre o saber médico e a ordem judicial, sendo o fracasso da instituição Saúde, paradoxalmente, o sucesso da instituição Prisão/Justiça.

Os processos de subjetivação de profissionais e os poemas enunciam os jogos de saber e poder que são produzidos nas relações entre custodiados, técnicos e agentes penitenciários e na reprodução das unidades discursivas no tecido das instituições Justiça, Saúde e Psiquiatria, materializadas nos estabelecimentos hospital/prisão, denunciando a redução epistemológica dos diagnósticos psiquiátricos. Os versos fazem uma tradução da vida cotidiana de custodiados e das experiências do fora de dentro do manicômio judiciário: ora mostram os processos de subjetivação marcados pela segmentaridade, ora mostram processos singulares que traduzem a arte de reinventar-se e devir autor em uma unidade psiquiátrica de custódia e tratamento.

Referências

Agamben, G. (2008). *O que resta de Auschwitz: O arquivo e a testemunha (Homo Sacer III)*. São Paulo: Boitempo.

- Barros, L. P. & Kastrup, V. (2010). Cartografar é acompanhar processos. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Org.), *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-Intervenção e produção de subjetividade* (pp. 52-75). Porto Alegre: Sulinas.
- Basaglia, F. (2010). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Brasil. (2001). *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília: Presidência da República. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário: Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010) *Política Nacional de Promoção da Saúde*. (3a ed.). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
- Brasil. Ministério Público Federal. (2011). *Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei n. 10.216/2001*. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC): Brasília: Ministério Público Federal. Disponível em http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_saude_sistema_prisional.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2019). Nota Técnica n. 11/2019 – CGMAD/DAPES/SAS/MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
- Butler, J. (2011). Vida precária. Contemporânea – *Revista de Sociologia da UFSCar*. 1 (1): 13-33. Disponível em <http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/18/3>
- Correia, L. C., Lima, I. M. S. O., & Alves, V. S. (2007). Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. *Cad. Saúde Pública*, 23 (9), 1995-2002. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900002>
- Costa, J. F. (2007). *História da psiquiatria no Brasil: Um recorte ideológico* (5a ed.). Rio de Janeiro: Garamond.
- Dalmolin, B. M. (2006). *Esperança equilibrista: Cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Deleuze, G., & Guattari, F. (2012). *Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia 2*, (Vol. 3, 2a ed.) São Paulo: Editorial 34.
- Dias, R. (2004). A vida como vontade criadora: Por uma visão trágica da existência. In T. M. G. Fonseca, & S. Engelman (Org.), *Corpo, arte e clínica* (pp. 131-46). Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Foucault, M. (2002). *Problematização do sujeito: Psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Ditos & Escritos I. (2a ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2010a). *Repensar a política*. Ditos & Escritos VI. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2010b). A noção de “indivíduo perigoso” na psiquiatria legal do século XIX. In M. Foucault, *Ética, sexualidade, política*. Ditos & Escritos V (2a ed.) (pp. 1-25). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Guattari, F., & Rolnik, S. (2010). *Micropolítica: Cartografia do desejo* (10a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lapoujade, D. (2013). *Potências do tempo*. São Paulo: n-1 edições.
- Lazzarato, M. (2010). Sujeição e servidão no capitalismo contemporâneo. In *Cadernos de Subjetividade* (pp. 168-179). São Paulo: Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade, do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP.
- Levy, T. S. (2011). *A Experiência do Fora: Blanchot, Foucault e Deleuze*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Merhy, E. E. (2005). *Saúde: A cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Nascimento, M. V. N. (2016). *Práticas Integrativas e Complementares Grupais nos serviços de saúde da Atenção Básica: Possibilidades de diálogo com a educação popular* (Tese de doutorado em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte). Disponível em <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/22674>
- Negri, T. (2001). *Exílio: Seguido de valor e afeto*. São Paulo: Iluminurias.
- Pelbart, P. P. (2009a). Manicômio mental – a outra face da loucura. In *SaúdeLoucura*, n. 2 (pp. 131-138) (4a ed.) São Paulo: Editora Hucitec.
- Pelbart, P. P. (2009b). O mais profundo é a pele. In P. P. Pelbart, *Da Clausura do fora ao fora da clausura: Loucura e desrazão* (pp. 127-135) (2a ed.). São Paulo: Iluminuras.
- Perrone, C. M. (2009). Esquizoanálise. In J. G. Aquino, S. M. Corazza (Org.). *Abecedário: Educação a diferença* (pp. 60-63). Campinas: Papyrus.
- Prado, A. M., & Schindler, D. (2017). A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. *Rev. direito GV* [on-line]. 13 (2), 628-652. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6172201725>
- Ramos, D. K. R., Paiva, I. K. S., & Guimarães, J. (2019). Pesquisa qualitativa no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira: vozes, lugares, saberes/fazer. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(3), 839-852. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018243.00512017>
- Rauter, C. (2003). *Criminologia e subjetividade no Brasil*. Rio de Janeiro: Reven.
- Rolnik, S. (1988). Por um estado de arte: a atualidade de Lygia Clark. In *Núcleo histórico: antropofagia e histórias de canibalismos* (pp. 456-467). São Paulo: Fundação Bienal de São Paulo.

- Rolnik, S. (2002). Arte cura? Lygia Clark. In G. Bartucci (Org.), *Psicanalise, Arte e Estética de Subjetivação* (pp. 365-381). Rio de Janeiro: Imago.
- Rolnik, S. (2006). *Cartografia Sentimental: Transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS.
- Rolnik, S. (2018). *Esferas da insurreição: Notas para uma vida não cafetina*. São Paulo: n-1 edições.
- Santana, A. F. F. A., Pereira, M. O., & Alves, M. O. (2017). (Des)preparo do hospital judiciário para a ressocialização: violação de direitos humanos. *Escola Anna Nery*, 21(3), e20170022. Epub 17 de agosto de 2017. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0022>
- Santos, A. L. G., & Farias, F. R. (2014). Criação e extinção do primeiro Manicômio Judiciário do Brasil. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* [on-line], 17 (3), 515-527. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n3p515-9>
- Schmitt, H. B. B., Bolsoni, C. C., Conceição, T. B., & Oliveira, W. F. O. (2014). *Políticas públicas e atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade* [recurso eletrônico]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em <https://uniasus.ufsc.br/saudeprisonal/files/2018/06/Pol%C3%ADticas-P%C3%ABlicas-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-Sa%C3%BAde-das-Pessoas-Privadas-de-Liberdade.pdf>
- Soares Filho, M. M., & Bueno, P. M. M. G. (2016). Direito à saúde mental no sistema prisional: Reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. *Ciência e Saúde Coletiva* [on-line], 21(7), 2101-2110. ISSN 1413-8123. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.08802016>
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: História e conceito. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, 9(1), 25-59. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>
- Vieira, P. (1989). Influência da Poesia Oriental na Literatura Luso-Brasileira: O hai-kai. In *Revista Icalp*, 16/17, 79-119.
- Wacquant, L. (2007). *Punir os pobres: A nova gestão da miséria nos Estados Unidos* (3a ed.). Rio de Janeiro: Revan.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Recebido em: 08/07/2019

Última revisão: 30/09/2019

Aceite final: 04/12/2019

Sobre os autores:

Antônio Vladimir Félix-Silva: Doutor em Ciências Psicológicas (Universidade de Havana-Cuba). Vinculado à linha de pesquisa Psicologia, Saúde Coletiva e Processos de Subjetivação – Núcleo de Estudos Análise Institucional e Cartografia. Universidade Federal do Piauí, PI, Brasil. Professor do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Campus Ministro Reis Velloso, Parnaíba. **E-mail:** wladyfelix@hotmail.com, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0003-3084-379X>

Gabriela Pinheiro Soares: Graduação em Psicologia pela Universidade Potiguar, Natal, RN. Estágio Profissional no Complexo Penal Feminino Dr. João Chaves. Realizou pesquisa-intervenção no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (Natal, RN, Brasil). Escritora, advogada e psicóloga pela Universidade Potiguar. **E-mail:** gabypsoares@hotmail.com, **Orcid:** <https://orcid.org/0000.0001-8697-8445>