



UnB

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO

MARINA FREIRE SILVÃO GARDELIO

Medicalização como elemento dos dispositivos de racialidade e de gênero na governamentalidade da morte: análise de discursos sobre a distribuição de psicotrópicos em presídios na Bahia.

Brasília
2024



UnB

MARINA FREIRE SILVÃO GARDELIO

Medicalização como elemento dos dispositivos de racialidade e de gênero na governamentalidade da morte: análise de discursos sobre a distribuição de psicotrópicos em presídios na Bahia.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Direito.

Área de concentração: Direito, Estado e Constituição.

Linha de Pesquisa: Criminologia, estudos étnico-raciais e gênero.

Orientadora: Professora Doutora Janaína Lima Penalva da Silva.

Brasília
2024

ESPAÇO PARA A FICHA CATALOGRÁFICA.

MARINA FREIRE SILVÃO GARDELIO

Medicalização como elemento dos dispositivos de racialidade e de gênero na governamentalidade da morte: análise de discursos sobre a distribuição de psicotrópicos em presídios na Bahia.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito, da Faculdade de Direito, da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Direito, defendida e aprovada pela banca examinadora abaixo assinada.

Brasília, 26 de abril de 2024

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Janaína Lima Penalva da Silva (UnB)
Doutora em Direito pela Universidade de Brasília (UnB)

Prof^a. Dr^a. Debora Diniz Rodrigues (UnB)
Doutora em Antropologia pela Universidade de Brasília (UnB)

Prof^a. Dr^a. Dina Alves (PUC/SP)
Doutora em Ciências Sociais pela PUC/SP

Prof. Dr. Luciano Góes (UnB)
Doutor em Direito pela Universidade de Brasília (UnB)
(Suplente)

AGRADECIMENTOS

À minha família, meu lugar nesse mundo: minha mãe, Rose, com toda sua sabedoria e fortaleza; meu pai, Jorge, que é, antes de tudo, um forte, e meu irmão, Marcio, por ter segurado a minha mão desde o início dessa jornada. Agradeço por todo o amor, escuta e apoio; essa vitória é nossa, batalhamos juntos(as).

A todos que me (orí)entam e lutam por mim, a vó Mariana e à Cidiana pelos aconchegos, sabedorias compartilhadas e proteção.

À minha rede-potência de mulheres, Catharina, Hingrid, Larissa e Beatriz, pelo cuidado, gargalhadas, acolhimento e incentivo. Vocês seguraram a minha mão nos momentos mais difíceis e me fizeram acreditar que seria possível.

Ao meu irmão de outras vidas, Thiago, pela amizade, trocas potentes, apoio e por todas as orientações acadêmicas essenciais à conclusão desta etapa.

À minha rede de afetos, amigos(as) queridos(as): Thágila, Rafaela, Indira, Gabriela, Marina, Jhonatas, Ícaro Jorge, Felipe, Sullivan, Lorena, Mariana e Vanessa.

À Carol Ferraz, minha mestra e amiga, pelos conselhos e por todo o suporte.

À Universidade de Brasília e à Universidade Federal da Bahia pela ensino em movimento nas pesquisas, extensões e aulas críticas. Às professoras e aos professores que marcaram a minha trajetória acadêmica, incentivaram-me a chegar até aqui.

Ao CCRIM e ao PPE/BA, por todos os aprendizados, articulações e pela formação crítica, ativista e coletiva.

À professora Dra. Jalusa Arruda, que me inspirou nos estudos sobre a medicalização nos cárceres.

À minha orientadora, Dra. Janaína Penalva, pelas orientações políticas e teóricas e por ter acreditado em mim durante essa caminhada.

Ao Defensor Público, mestre e amigo Dr. Gustavo Soares, pela formação e por todas as vezes que me motivou a persistir nesse tema-denúncia da dissertação.

À Advogada Criminalista e professora, Dra. Juliana Damasceno, por me guiar, com tanta poesia, nesta trajetória profissional e acadêmica.

Às Procuradoras de Justiça Dra. Cleonice de Souza Lima e Dra. Aracy Dias, à Promotora Dra. Joana Philigret e ao Promotor Dr. Marcelo Guedes, por me inspirarem diariamente, no trabalho e na vida.

Se a escrita é um processo muitas vezes solitário, vocês o tornaram coletivo. Muito obrigada, axé!

*Ali, aprisionada, a chamam de
louca
que grita e não tem controle
Mas quem controla quem aqui?
Se ela não pode circular livre
com a pele que tem
É mulher negra
Numa sociedade racista
Foi presa por furtar
sete pacotes de leite
pra dar pros filhos, já sabe
O juiz branco
disse que é criminosa
reincidente
perigosa*

*Dona Maria tá presa
“Ela é bate e volta” - disse a prezada
“Ela é louca” - disse a diretora
“Precisa de diazepam” - disse o psiquiatra
pra mulher que
chora, grita e sente dor
atrás das grades
de saudade dos seus filhos
dos que a polícia matou
dos que sumiram por essas ruas
de Salvador
quando Dona Maria
foi tirada de circulação
E a loucura tá onde, Dr?¹*

¹ Escrita autoral que integra trabalho final entregue como atividade de conclusão do Curso de Extensão “Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica Brasileira - edição Juliana Pacheco”, realizado nos dias 03, 10, 17 e 24 de outubro de 2020, promovido pelo Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal (CRP 01/DF) em parceria com o Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH) e a Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ), ministrado pelas professoras doutoras Rachel Gouveia Passos e Melissa de Oliveira Pereira, com a participação de líderes comunitárias, psicólogas, pesquisadoras e profissionais de outras áreas. A poesia foi publicada pela primeira vez na minha monografia (Gardelio, 2021).

GARDELIO, M. F. S. Medicalização como elemento dos dispositivos de racialidade e de gênero na governamentalidade da morte: análise de discursos sobre a distribuição de psicotrópicos em presídios na Bahia. Orientadora: Janaína Lima Penalva da Silva. 163 f. il. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2024.

RESUMO

Com a proposta de entrecortar a arquitetura prisional em seus ditos e não ditos, formulei a seguinte pergunta que orienta a pesquisa: quais os dispositivos que se articulam no gerenciamento das informações de saúde mental da população prisional e na distribuição dos medicamentos psicoativos no Conjunto Penal Feminino de Salvador-BA, no período de 2018 a 2022, em comparação a outras unidades prisionais da capital baiana? No estudo do tema, localizei a distribuição de psicoativos na prisão como um dos fios que interliga o *continuum* de violência entre a medicina e o direito, os hospícios e as penitenciárias, a loucura e a criminalização. Entre os séculos XVIII e XX, os discursos da psiquiatria e da criminologia norteados pela eugenia e pelas práticas higienistas, fundadas no racismo e na discriminação de gênero, elaboraram o orgânico louco feminino e o negro como louco e criminoso para legitimar - cientificamente - a manicomialização, o aprisionamento, a medicalização e a morte, principalmente, de mulheres negras. Com os movimentos antimanicomiais e abolicionistas, o sofrimento psíquico e os transtornos mentais são apontados como produtos das opressões e exclusões, em oposição a ideia de uma natureza louca e perigosa; as práticas e intervenções em psiquiatria, dentre elas, a medicalização, são percebidas como violências que atuam no(a) sujeito(a) vitimado(a), transformando as questões de ordem social em individual; os locais de aprisionamento são vistos como espaços de adoecimento mental estruturalmente racistas, sexistas, colonizadores; e o direito à saúde mental passa a ser pauta de direitos humanos, cidadania e democracia. Identifiquei que as conquistas e os avanços normativos sobre a saúde mental nos cárceres, demarcam somente um dever-ser diante da manutenção das lógicas manicomial e punitiva, o que me fez prosseguir, além do direito, para compreender e contrapor os dispositivos de saber e poder próprios que se articulam para o adoecimento mental e a morte das pessoas em situação de cárcere, especialmente, nos presídios femininos. Assim, por meio do Portal da Transparência do Sistema de Ouvidoria do Estado da Bahia, obtive a relação de psicotrópicos distribuídos, entre os anos de 2018 e 2022, a algumas das unidades

prisionais localizadas em Salvador-BA. Para me debruçar sobre o *corpus* de pesquisa, elegi a análise documental, que me possibilitou depurar e organizar o documento. Posteriormente, para o estudo dos enunciados constantes no material de pesquisa, adotei a técnica de análise de discursos. Dentre os resultados, verifiquei que há uma maior distribuição de psicoativos para o cárcere feminino e, em segundo lugar, ao presídio masculino destinado a pessoas presas provisoriamente. Constatei também que, de forma geral, os ansiolíticos são a classe com maior circulação, mas cada unidade possui uma classe prevalente própria. Diante destes e de outros achados, pelas lentes da governamentalidade, aferi que há uma razão de agir na gestão das informações pelo Estado sobre a saúde mental da população presa e que a medicalização é um elemento constitutivo dos dispositivos de segurança de racialidade e de gênero, que engendra mais uma forma de punição e morte nas prisões.

Palavras-chave: Prisões. Psicotrópicos. Medicalização. Governamentalidade. Dispositivos de racialidade e de gênero.

GARDELIO, M. F. S. Medicalization as an element of raciality and gender devices in the governmentality of death: discourse analysis on the distribution of psychotropics in prisons in Bahia. 163 s. ill. Dissertation advisor: Janaína Lima Penalva da Silva. Dissertation (Master in Law) - Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2024.

ABSTRACT

Bringing the proposal to intersect prison architecture in its “said and unsaid”, I have formulated the following question that guides the research: which devices are articulated in the management of mental health information about the prison population and in the distribution of psychoactive medications in the Women's Penal Complex of Salvador-BA, in the period from 2018 to 2022, in comparison to other prison units in the capital of Bahia? Studying the topic, I have identified the use of psychoactive substances in prison as one of the threads that interconnects the continuum of violence between medicine and law, asylums and penitentiaries, madness and criminalization. Between the 18th and 20th centuries, the discourses of psychiatry and criminology, guided by eugenics and hygienist practices, based on racism and gender discrimination, had elaborated the “organic female madness” and the “black man as madman and criminal” to legitimize - scientifically - mental asylum, imprisonment, medicalization and death, mainly of black women. With the anti-asylum and abolitionist movements, psychological suffering and mental disorders are highlighted as products of oppression and exclusion, as opposed to the idea of a crazy and dangerous nature; practices and interventions in psychiatry, including medicalization, are perceived as violence that acts on the victimized subject, transforming social issues into individual ones; places of imprisonment are seen as structurally racist, sexist, colonizing spaces of mental illness; and the right to mental health becomes an issue of human rights, citizenship and democracy. I have identified that the achievements and normative advances on mental health in prisons demarcate only a “should be” in the face of the maintenance of asylum and punitive logics, which made me continue, beyond law, to understand and oppose the devices of knowledge and power that contribute to the mental illness and death of people in prison, especially in women's prisons. Thus, through the Transparency Portal of the Ombudsman System of the State of Bahia, I have obtained the list of psychotropic drugs distributed, between the years 2018 and 2022, to some of the prison units located in Salvador-BA. To focus on the research corpus, I chose document analysis, which allowed me to debug and organize the document. Subsequently, to study the statements contained in the research material, I have adopted the technique of discourse analysis. Among the results, I

found that there is a greater distribution of psychoactive substances to the female prison and, secondly, to the male prison for people temporarily detained. I also found that, in general, anxiolytics are the class with the greatest circulation, but each unit has its own prevalent class. In view of these and other findings, through the lens of governmentality, I assessed that there is a reason to act in the management of information by the State on the mental health of the prison population and that medicalization is a constitutive element of racial and gender security devices, which engenders yet another form of punishment and death in prisons.

Keywords: Prisons. Psychotropics. Medicalization. Governmentality. Devices of raciality and gender.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Quadro 1 - Exemplo da relação entre medicamento/posologia e quantidade	566
Quadro 2 - Exemplos de psicotrópicos trazidos no relatório para o CPF.....	577
Quadro 3 - Exemplos de psicotrópicos trazidos no relatório para o PS	577
Gráfico 1 - Distribuição de substâncias psicoativas por categoria e quantidade	65
Gráfico 2 - Distribuição de psicoativos por unidade prisional e por quantidade.....	666
Tabela 1 - População prisional de cinco unidades de Salvador/BA	53
Tabela 2 - Distribuição de antidepressivos por unidade e quantidade entre 2018 e 2022	96
Tabela 3 - Distribuição de ansiolíticos por unidade e quantidade entre 2018 e 2022	999
Tabela 4 - Distribuição por unidade e quantidade entre 2018 e 2022.....	103

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AATR/BA	Associação de Advogados de Trabalhadores Rurais no Estado da Bahia
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	Associação Americana de Psiquiatria
ATSSP	Área Técnica de Saúde no Sistema Prisional
CASE	Comunidade de Atendimento Socioeducativo
CCRIM	Centro de Ciências Criminais Professor Raul Chaves
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CMP	Central Médica Penitenciária
CNDH	Conselho Nacional dos Direitos Humanos
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
DABI	Diretoria de Acompanhamento Biopsicossocial de Internos
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FGV/DAPP	Diretoria de Análise de Políticas Públicas da Fundação Getulio Vargas
HCT	Hospital de Custódia e Tratamento
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDDD	Instituto de Defesa do Direito de Defesa
IDEAS	Ideas Assessoria Popular
Infopen	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
INNPd	Iniciativa Negra por uma Nova Política sobre Drogas
LAI	Lei de Acesso à Informação
LASSOS/UFBA	Laboratório de Estudos sobre Crime e Sociedade da Universidade Federal da Bahia
LEP	Lei de Execução Penal
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNAMPE	Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PPE/BA	Patronato de Presos e Egressos da Bahia

RENFA	Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas
SEAP	Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização
SESAB	Secretaria de Saúde
SRS	Superintendência de Ressocialização Sustentável
SUS	Sistema único de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1. ANUNCIANDO CAMINHADAS E VIESES.....	16
2. DIREITO À SAÚDE MENTAL E MEDICALIZAÇÃO DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE CÁRCERE.....	25
2.1 LUTAS ANTIMANICOMIAIS E NORMAS SOBRE SAÚDE MENTAL.....	26
2.2 ENCARCERAMENTO FEMININO, PRODUÇÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO E MEDICALIZAÇÃO	34
3. ENGENDRANDO OS FIOS DA MEDICALIZAÇÃO NOS CÁRCERES	46
3.1 ANÁLISE DOCUMENTAL	47
3.2 PERCURSOS DE PESQUISA E TEIAS DA GOVERNAMENTALIDADE.....	49
3.3 CAMPO DE PESQUISA DOCUMENTAL E ANÁLISE PRELIMINAR	52
3.3.1 Contexto do documento.....	52
3.3.2 Autor(a) ou autores(as) do documento	54
3.3.3 Autenticidade e confiabilidade do texto documental	55
3.3.4 Natureza do texto	57
3.3.5 Conceitos-chave e a lógica interna	58
3.4 TÉCNICA DE ANÁLISE	60
3.5 EXPOSIÇÃO DOS PRIMEIROS DADOS.....	65
4 CONDUÇÃO DE CONDUTAS, DISPOSITIVOS DE GÊNERO E DE RACIALIDADE E OS PSICOTRÓPICOS NOS CÁRCERES	68
4.1 GOVERNAMENTALIDADE ENQUANTO GRADE DE ANÁLISE.....	69
4.2 DISPOSITIVOS DE SEGURANÇA E A GESTÃO DE INFORMAÇÕES NOS PRESÍDIOS.....	73
4.2.1 Construindo os interesses da medicalização.....	75
4.1.2 Normalização: identificando a prática de gestão pela medicalização.....	78
4.2 DISPOSITIVOS DE RACIALIDADE E DE GÊNERO ARTICULADOS AOS PSICOTRÓPICOS NOS CÁRCERES	83
4.2.1 Prescrições e Diagnósticos: um apontamento crítico	93
4.2.2 Antidepressivos.....	95
4.2.3 Ansiolíticos.....	98
4.2.4 Antipsicóticos.....	102
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
APENSO A – RELAÇÃO E QUANTIDADE DE MEDICAMENTOS PSICOATIVOS POR CLASSE, UNIDADE PRISIONAL E ANO	128
ANEXO A – RESPOSTA DA ATSSP	130
ANEXO B - RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS PSICOATIVOS	131

ANEXO C – POPULAÇÃO CARCERÁRIA DO ESTADO DA BAHIA..... 34163

1. ANUNCIANDO CAMINHADAS E VIESES

“O feminismo abolicionista é esse investimento intencional dos nossos recursos para apoiar o florescimento do melhor eu coletivo possível, enquanto reivindicamos a ‘responsabilização’ do regime carcerário.”
Davis; Dent; Meiners; Richie, 2023, p.47

As inquietações anunciadas na forma desta pesquisa estão assentadas nos espaços coletivos de formação que me interpelaram durante meu percurso enquanto mulher, graduada em Direito pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), co-fundadora do Centro de Ciências Criminais Professor Raul Chaves (CCRIM), assessora do Patronato de Presos e Egressos da Bahia (PPE/BA), coletivo em que atuei 2017 a 2022 no Conjunto Penal Feminino em Salvador-BA, e aluna do Programa de Pós-Graduação em Direito, Estado e Constituição pela Universidade de Brasília (UnB).

Nessas encruzilhadas², deparei-me também com a construção do Observatório do Sistema Prisional Baiano, mobilizado pela professora Denise Carrascosa, coordenadora do Coletivo Corpos Indóceis e Mentes Livres, para a integração-ação de uma rede de coletivos que integram a luta antiprisional: dentre eles, o PPE/BA, a Iniciativa Negra por uma Nova Política sobre Drogas (INNPD), a Associação de Advogados de Trabalhadores Rurais no Estado da Bahia (AATR/BA), Ideas Assessoria Popular (IDEAS), o Instituto Baiano de Direito Processual Penal (IBADPP), a ouvidoria da Defensoria Pública do Estado da Bahia (DPE/BA), a Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas (RENFA).

Para além de um repensar sobre as Ciências Criminais e as atuações no campo do Direito, esses coletivos e pessoas que estão no fazer diário das lutas me constituíram enquanto sujeita, ativista, estudante, pesquisadora e moldaram o meu olhar sobre as relações sociais, o papel da universidade e os diversos campos da sociedade brasileira em seus mais diversos aspectos. Ciente das implicações-limitações-vieses que me atravessam e conduzem meus olhares, demarco meus pontos de partida enquanto mulher branca, feminista abolicionista, umbandista, baiana, filha de Rose e Jorge, dois nordestinos que me formaram uma sujeita questionadora. Rose, com sua formação em Farmácia, tem grande contribuição na minha

² Encruzilhada, na Filosofia de Terreiro, é o “(...) lugar em que as ruas se encontram e os corpos da cidade circulam” (Simas, 2021, p. 09).

percepção sobre este tema-denúncia, ao me apresentar no cotidiano diversas problematizações acerca da medicalização da vida. Por meio das linhas que se seguem, trago os aprendizados que foram somados a cada passo, leituras, encontros, rodas, debates e ativismos.

O tema da pesquisa situa-se em torno do sistema de Justiça Criminal (compreendendo aqui o Judiciário, as polícias, as prisões, hospitais de custódia, etc.), o que me leva às primeiras advertências teórico-políticas sobre essa a compreensão deste sistema, que se estende por suas estruturas-discursos-práticas. Os movimentos de abolição do encarceramento inserem uma nova ótica acerca da questão prisional, principalmente, na dimensão da linguagem, com a finalidade de romper com as estruturas, discursos, práticas do direito, da segurança e da ordem; termos como “complexo industrial prisional” e “abolicionismo”³ são postos em circulação e, ao “popularizar a estrutura do complexo industrial prisional e desenvolver uma crítica abolicionista das estratégias de punição da democracia burguesa”, colocaram em perspectiva uma Justiça que se conduz pela retribuição, punição e vingança (Davis *et al.*, 2023, p. 81).

O crime e a punição, com os tensionamentos abolicionistas, são desarticulados enquanto causa e efeito (Hall *apud* Davis *et al.*, 2023), ao passo que são demonstradas as diversas “razões pelas quais as pessoas acabam atrás das grades e muitas necessidades vivenciadas por aqueles que são prejudicados” (Davis *et al.*, 2023, p. 81), desconstituindo percepções naturalizadas: ao invés de crime, fala-se em condutas criminalizadas por decisão política; de pessoa ou grupo criminoso muda-se para pessoa criminalizada ou grupos criminalizados⁴; da prisão como resposta necessária, vê-se o aprisionamento como disciplinamento e regulação da vida e da morte de determinados grupos. E é neste ponto que meu estudo se ramifica e se constrói até as linhas finais.

³ Os termos-chave foram atribuídos à Critical Resistance, nos Estados Unidos; o que inicialmente marcou uma retomada das ideias abolicionistas com a conferência “Critical Resistance: Beyond the Prison Industrial Complex [Resistência Crítica: Além do Complexo Industrial Carcerário]”, de 1998, consolidou-se como organização nacional, em 2001; e “Como um momento-chave na história e genealogia do abolicionismo, a chamada marcou o início de um movimento filosoficamente ancorado pela noção de abolicionismo com fortes inflexões feministas” (Davis *et al.*, 2023, p. 70 e 73).

⁴ Nas rupturas discursivas e práticas, a concepção da Justiça e conceituações sobre o crime e a responsabilização no ocidente é apresentada por Denise Carrascosa (2023, p. 55) “Munga: No conceito ocidental, o indivíduo parece ser responsável por seu crime. Ele é ciente ou não do crime; é somente cometido por ele. A expressão ocidental ‘cometer um crime’ não parece ter qualquer implicação histórica ou cultural. Mas no caso dos Kôngo, a expressão carregar um crime [nata n’kanu] possui raízes culturais, linguísticas, sociais, ambientais... O indivíduo, antes de cometer qualquer crime, porta um determinado conjunto de conceitos criminais aprendidos, imagens, expressões, símbolos, discussões, palavras, hábitos e fatos em diversas cenas sociais. Em outras palavras, para os Bântu, um crime é o resultado de um estado psicológico interno trazido por um indivíduo desde a sua infância, acumulado, sobretudo, durante o período de crescimento, quando a criança adquire padrões sociais”.

Outras advertências teórico-políticas somam-se para responder, então, quais razões são essas que fazem funcionar os presídios nessa causa e efeito (crime-punição). As análises sobre prisões que levam em consideração gênero, raça e classe, apontam os cárceres como arquitetura-discurso-prática que opera intra e extramuros para o gerenciamento da pobreza (Wacquant, 2008), como depósito dos corpos indesejados (Davis, 2018), para o extermínio da população que não serve ao capitalismo (Ramírez; Gallego, 2016). No Brasil, as prisões são expressão de um país colonizado, marginal, situado na América Latina (Segato, 2007), fincado em raízes escravocratas e marcado pelas desigualdades, pela violência de gênero e pelo racismo (Alves, 2020; Flauzina, 2006).

Acerca da atuação direcionada do sistema de Justiça Criminal brasileiro às pessoas negras (Alves, 2017; Borges, 2019; Martini, 2007), em pesquisa realizada pelo grupo de pesquisa LASSOS/UFBA, envolvendo o estudo de 445 prontuários arquivados em um presídio masculino destinado a presos provisórios em Salvador-BA⁵, chegou-se ao resultado que 90,4% eram negros⁶; 75% tinham menos de 31 anos e 69% não completaram o primeiro grau de instrução educacional (Lourenço *et al.*, 2019). A pesquisa demonstra a predileção do Estado contemporâneo em punir determinados indivíduos - negros, jovens e pobres, confirmando as pesquisas nacionais que traçam essa diretriz de uma persecução criminal voltada para estes corpos (Gardelio; Lourenço; Guimarães, 2019). Neste aspecto, Flauzina (2006) destaca que, no exame da questão penal, é imprescindível situar o racismo enquanto categoria fundante dos empreendimentos penais, cujo projeto político é o genocídio da população negra.

Com relação ao encarceramento feminino, pode-se dizer que “a justiça brasileira é estruturalmente construída para manter as opressões de gênero (além de raça e classe, que se descortinam na seletividade penal)” (Boiteux, 2020, p. 37). Vê-se, na verdade, que o gênero da punição espelha e assimila a estrutura de gênero da sociedade em geral (Davis, 2018). Segundo dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) sobre mulheres encarceradas (Brasil, 2017), a população carcerária feminina, no Brasil, em Junho de 2016,

⁵ A pesquisa em espécie foi desenvolvida no âmbito do projeto “Seletividade penal e prisão: um estudo dos prontuários arquivados no Presídio Salvador-BA” realizado por meio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) na Universidade Federal da Bahia (UFBA), Edital 01/2018 PIBIC, sob a orientação do Professor Luiz Claudio Lourenço.

⁶ Soma das categorias: negros, pardos escuros, pardos e pardos claros, assim descritos nos prontuários da unidade.

chegou a 42 mil mulheres privadas de liberdade, o que representa o crescimento⁷ de 656% com relação ao início dos anos 2000⁸.

Na realidade do encarceramento feminino, 59,9% das mulheres estão presas pelo crime de Tráfico de Drogas⁹ e, quanto ao perfil das mulheres presas no Brasil: 47,33% são jovens (entre 18 e 29 anos); 63,55% são negras (somatório entre pardas e pretas); 59,69% possuem baixa escolaridade, ou seja, não completaram o Ensino Médio, sendo que 44,42% não completaram o ensino fundamental; 58,55% são solteiras e 37,67% delas são presas provisórias (Brasil, 2019). Estes dados demonstram que a categoria mulher negra/delinqüente, herança da escravidão, reúne, como nenhuma outra, a simbiose mortal da pobreza, segregação espacial e punição (Alves, 2020).

Anote-se que o presente tema coloca gênero, raça e classe como elementos centrais dos debates acerca do sistema de Justiça Criminal e, notadamente, das prisões. Contudo, não basta, inserir estas categorias para que a pesquisa se alinhe às propostas de abolição dos empreendimentos penais. Inclusive, é preciso muito cuidado com os discursos produzidos para que não sejam sugeridas mais reformas e novas tecnologias punitivas cujo alvo principal é o corpo negro. Conforme aponta Davis (2018, p. 66), discutir sobre as especificidades das prisões femininas, as imbricações entre raça e classe, é fundamental, mas “(...) é igualmente importante mudar a forma como pensamos sobre o sistema prisional como um todo” (Davis, 2018, p. 66). Como se demonstrará, as estruturas punitivas se atualizam e se complexificam, mantendo seus pressupostos e finalidades, enquanto instrumento da colonialidade¹⁰.

Nesse aspecto, saliente-se também que não se trata de enxergar as instituições prisionais masculinas como modelo para pensar no aprisionamento de mulheres, justamente, porque não há como naturalizar a existência das prisões como adequadas, ou seja, partir da ideia de que, *a priori*, os presídios servem aos homens e, por isso, são violentas para as mulheres. As

⁷ Esse crescimento do encarceramento feminino é observado pelo mundo: “O aumento da população carcerária feminina é um fenômeno observado em todos os continentes: existem mais de 714 mil mulheres em prisões no mundo, o que representa um crescimento de 53% desde 2000 (World Female Imprisonment List, 2017). Contudo, a situação no Brasil é ainda mais grave: o número de mulheres em situação de cárcere aumentou aproximadamente 675% desde o começo do milênio, considerando o número de 37.828 detentas no fim de 2017” (Lima; Silva, 2020).

⁸ Como parâmetro, também, há o levantamento feito pela Diretoria de Análise de Políticas Públicas da Fundação Getúlio Vargas (FGV/DAPP): No que diz respeito ao encarceramento feminino, entre os anos de 2000 e 2016, houve um crescimento de mais de 567% desse grupo nas penitenciárias, revelando que, nesses dezesseis anos, houve uma explosão da população carcerária feminina de 5.600 para 42.355 mulheres (FGV/DAPP, 2018).

⁹ Em 2006, foi publicada a Lei de Drogas (n.º 11.343/2006).

¹⁰ O conceito de colonialidade é definido por Aníbal Quijano como “um dos elementos constitutivos e específicos do padrão mundial do poder capitalista. Sustenta-se na imposição de uma classificação racial/étnica da população do mundo como pedra angular do referido padrão de poder e opera em cada um dos planos, meios e dimensões, materiais e subjetivos, da existência social quotidiana e da escala societal.” (Quijano, 2009, p. 73)

prisões é que são violentas *a priori*. Não há, portanto, como conformar-se com a atuação de um projeto de Estado forjado no racismo e no sexismo, conceber como legítimas as estruturas desse sistema de Justiça Criminal, desenvolvido no bojo da democracia racial, que trabalha diuturnamente para eliminar o contingente negro no país (Flauzina, 2006). Uma leitura abolicionista deve, deste modo, rejeitar a ideia das prisões como naturalmente necessárias, contestando a existência destes espaços como norma (Davis, 2018).

No contexto das péssimas condições dos presídios e das constantes violações de direitos que adoecem física e mentalmente as mulheres (Gardelio, 2021; Felício, 2019; Oashi, 2018; Oliveira, 2018; Reusch, 2016), percebe-se uma política medicamentosa (Abdelaziz, 2017). Neste aspecto, investigar a circulação de medicamentos psicotrópicos nos presídios é, também, interligar o *continuum* de violência entre a medicina e o direito, os hospícios e as penitenciárias, a loucura e a criminalização. Entre os séculos XVIII e XX, os discursos da psiquiatria e da criminologia norteados pela eugenia e pelas práticas higienistas, fundadas no racismo e no sexismo (Engel, 2001), elaboraram o orgânico louco feminino (Passos; Pereira, 2017) e o negro como louco e criminoso (Góes, 2020) para legitimar - cientificamente - a manicomialização, o aprisionamento, a medicalização e a morte, principalmente, de mulheres negras.

No meu Trabalho de Conclusão de Curso em Direito, “A teoria na prática é outra: entre silêncios e produções acadêmicas sobre Direito à saúde mental, mulheres em situação de cárcere e medicalização feminina” (Gardelio, 2021), pesquisei a produção acadêmica em Direito (dissertações e teses) acerca deste campo temático, nos Programas de Pós-Graduação em Direito, no Brasil, entre os anos de 1987 e 2019, e identifiquei a inexistência de trabalhos que abordassem, de forma central, as imbricações constantes no referido título da monografia. Ainda assim, entre lacunas e alguns ditos que se aproximavam da questão, evidenciou-se que, não obstante a existência de aparatos normativos e políticas públicas que consagram e garantem o direito à saúde mental como um direito humano fundamental, as prisões mantêm, em pleno funcionamento, engrenagens que produzem e gerenciam as mortes subjetivas, psíquicas e físicas nestes espaços.

Nesse campo, a utilização de medicamentos psicotrópicos¹¹ apareceu de forma expressiva no encarceramento de mulheres (Soares, 2002; CEJIL, 2007; Silva, 2013), dado que justifica, por si só, a necessidade de um maior aprofundamento sobre a questão. Além disto, o

¹¹ Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1995), medicações psicotrópicas são aquelas que “agem no sistema nervoso central produzindo alterações de comportamento, humor e cognição”.

uso dos psicoativos, extra e intramuros prisionais, é apontado como um dos mecanismos de gestão da loucura, em que as vulnerabilidades sociais se tornam objeto da psiquiatria (Caponi, 2017); prática de manutenção da violência institucional (Arruda, 2017); tipo de disciplina imposto às mulheres presas (Silva, 2013) e como método que se baseia na naturalização do corpo feminino (Costa *et al.*, 2006), definindo como patológico o que desvia de uma biologia intrinsecamente feminina e dos papéis socialmente estabelecidos para as mulheres.

O uso de medicamentos, dentre eles, os psicotrópicos, quando indiscriminado, inadequado e irracional¹², é um dos indicadores do fenômeno da medicalização¹³, compreendido como um conceito que envolve um pensamento determinista, que suprime as condições materiais de existência, reduzindo a vida à ótica meramente individual (Fórum, 2015). A medicalização não está restrita ao consumo de medicamentos, mas engloba “(...) uma lógica mais ampla que culmina, por vezes, na produção de corpos patologizados que ficam contidos pelo efeito inebriante de discursos científicos sedutores” (Oliveira; Harayama; Viégas, 2016, p. 111). Desta feita, o manejo inadequado ou irracional destes é “(...) uma das formas de medicalização da vida, utilizado como meio para ‘normalizar’ as pessoas.” (Brasil, 2018, p. 13). No ambiente prisional, a prática medicamentosa apresenta finalidades peculiares e há registros de uso de psicofármacos como forma de contenção química, tornando as pessoas privadas de liberdade consumidoras destes medicamentos (Brasil, 2018).

O sofrimento psíquico é um sofrimento humano e social causado por uma multidimensionalidade de eventos traumáticos que prejudicam a saúde mental (Willians *apud* Martins, 2019). Acerca da realidade brasileira, Neusa Souza (2021, p. 46) aponta para o custo emocional da “sujeição, negação e massacre” da identidade negra numa sociedade branca, de classe e ideologia dominantes brancas. Aqui, racismo e sexismo aparecem como fatores que geram sofrimento antes mesmo do aprisionamento (Akotirene, 2014), principalmente quando

¹² O conceito de promoção do uso racional de medicamentos (URM) é bastante amplo. Foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1985, como sendo a situação em que “os pacientes recebam medicamentos adequados às suas necessidades clínicas, em doses que atendam às suas necessidades individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo para eles e sua comunidade”[1], corroborando, em teoria, com a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)[2]”. (Brasil, 2018, p. 13)

¹³ “O Brasil é o terceiro maior consumidor mundial de medicamentos ansiolíticos benzodiazepínicos, ficando atrás apenas dos Estados Unidos e da Índia, e o sexto maior produtor dessas substâncias[12]. O Brasil é o segundo maior consumidor de zolpidem. É também o segundo maior consumidor de fenobarbital (370 milhões de S-DDD), maior consumidor de clonazepam (517 milhões de S-DDD), maior consumidor de midazolam (98 milhões de S-DDD), terceiro maior consumidor de nitrazepam (16,6 milhões de S-DDD), segundo maior consumidor de bromazepam (87 milhões de S-DDD), maior consumidor de diazepam (1 bilhão de S-DDD) e terceiro maior consumidor de alprazolam (438 milhões de S-DDD) [12]” (Brasil, 2018, p.15)

relacionados à pobreza, à lgbtfobia, ao capacitismo, dentre outros marcadores sociais de dominação e opressão.

Importante advertir que, no curso desta pesquisa, utilizo a terminologia “transtornos mentais” para a análise-crítica dos discursos médicos, diagnósticos, prescrições, classes de psicoativos e dados referentes à saúde mental da população. Trabalho, no entanto, primeiramente com a nomenclatura “sofrimento psíquico” enquanto produto das violências e opressões sofridas por determinados grupos, de modo a evitar que se tome como parâmetro discursos que buscam a causa do transtorno/sofrimento na esfera biológica e individual, quando deveriam se voltar prioritariamente às estruturas que excluem os(as) sujeitos(as) do acesso a serviços de saúde, à moradia, à alimentação, ao trabalho, à educação, à igualdade de oportunidades e a outras condições materiais de vida.

Apresentados os pressupostos teóricos-políticos do tema-denúncia, o problema que orientou e delimitou a abordagem foi compreender quais os dispositivos que se articulam no gerenciamento das informações de saúde mental da população prisional e na distribuição dos medicamentos psicoativos no Conjunto Penal Feminino de Salvador-BA, no período de 2018 a 2022¹⁴, em comparação a outras unidades prisionais da capital baiana. Por tais motivos, busquei investigar, por meio do Portal da Transparência do Sistema de Ouvidoria do Estado da Bahia, a circulação de medicamentos psicotrópicos no Presídio Feminino de Salvador-BA, nos anos de 2018 a 2022, de forma comparativa ao fluxo dos psicoativos no Presídio Salvador, na Cadeia Pública, na Casa de Albergado e no Hospital de Custódia e Tratamento, no mesmo período.

A justificativa desta investigação vincula-se às premissas até aqui delineadas, na medida em que o estudo sobre a razão de governar e os dispositivos que engendram a distribuição e o uso de psicotrópicos nos cárceres pode fornecer um amplo ângulo de análise-mobilização para contrapor às violências perpetradas em uma tecnologia de segurança (Foucault, 2023), na qual raça, classe, gênero e outros marcadores sociais mobilizam dispositivos de saber e poder próprios para agravar as punições, produzir e/ou intensificar o adoecimento mental e promover a morte das pessoas em situação de cárcere. Pensar em termos de gestão dos transtornos mentais e dos sofrimentos psíquicos pelo Estado Sistema de Justiça

¹⁴ A escolha do recorte temporal justifica-se pela ocorrência da Pandemia de covid-19, que também adentrou à realidade prisional, de modo a capturar dois anos antes (2018 e 2019), o período gravoso da Pandemia (2020 e 2021) e um ano após (2022). De acordo com Saavedra *et al.* (2022), dentre as possibilidades para compreender o impacto da pandemia da covid-19 na saúde mental, é mapear a distribuição de medicamentos psicotrópicos, o que pode ser uma importante ferramenta no campo da saúde pública.

Criminal e do modelo penal-psiquiátrico do asilamento (Diniz, 2013) e aprisionamento, possibilita também enxergar o agir Estatal como campo de correlação de forças.

No que tange às classificações gerais de pesquisa, destaque-se que, quanto ao objeto, é explicativa, pois, embora explore um tema pouco estudado no Direito (Gardelio, 2021) e identifique/descreva as variáveis que interagem em dada realidade, procura especialmente desvelar e explicar o que lastreia, dirige e regulamenta as informações atinentes à saúde da população prisional e a distribuição de medicamentos psicoativos nos presídios femininos. Quanto à abordagem do problema, é qualitativa, o que não exclui o manejo de dados quantitativos, mas orienta a própria escolha de métodos de coleta e de análise que possibilitem capturar e examinar o contexto histórico, social, político, os significados, as ações e as relações humanas (Minayo, 2002; Oliveira, 2011).

Com relação ao método de coleta de dados, utilizei a análise documental, o que me possibilitou cercar, verificar, depurar e organizar o material de pesquisa, bem como proceder com as observações preliminares. Quanto ao método de construção do conhecimento, adotei a arqueologia, próprio à investigação da discursividade em dada localidade (Foucault, 1979) e do qual extraí a técnica de análise de discurso (Foucault, 2008a) para estudar os enunciados do *corpus* de pesquisa. Ao me debruçar sobre os discursos e em diálogo com as literaturas, pesquisas e marcos teórico-políticos selecionados, foi preciso reivindicar as categorias analíticas à genealogia enquanto “(...) tática que, a partir da discursividade local assim descrita, ativa os saberes libertos da sujeição” que dela emergem (Foucault, 1979, p. 172).

O desenvolvimento deste trabalho foi dividido em três partes, além das considerações finais. O capítulo dois localiza o direito à saúde mental enquanto direito humano fundamental, com os atravessamentos das lutas antimanicomiais e por meio da apresentação de alguns marcos normativos e políticas internacionais e nacionais, incluindo aqueles voltados às mulheres em situação de cárcere e, em seguida, percorre literaturas e pesquisas que articulam raça, gênero, classe e outros marcadores sociais de opressão à produção do sofrimento psíquico e ao uso de medicalização psicotrópica nos cárceres femininos e para além destes. O terceiro delinea percursos, métodos e técnicas de pesquisa, expondo alguns resultados iniciais e gerais da coleta de dados. O capítulo quatro examina a segunda parte dos achados a partir das categorias analíticas de governamentalidade e de dispositivos de segurança, racialidade e gênero.

O entrecortar da arquitetura prisional para promover análises-mobilizações abolicionistas acerca das interrelações entre direito à saúde mental, aprisionamento de mulheres e a distribuição de medicamentos psicotrópicos em presídios femininos, é um dos caminhos

possíveis para provocar fissuras e rupturas nos discursos e nas práticas intra e extramuros prisionais. Neste caminhar, os(as) abolicionistas(as) explicam que a crítica deve ir além do espaço carcerário, pois “(...) não é possível derrubar as prisões, mas deixar todo o resto intacto, incluindo o racismo estrutural que liga a prisão à sociedade em geral ou o heteropatriarcado e a transfobia que alimentam a violência sexual e de gênero” (Davis *et al.*, 2023, p. 99).

Com a ressalva feita por bell hooks (2017, p. 86), entendo que “a teoria não é intrinsecamente curativa, libertadora e revolucionária”, e só passa a cumprir esses papéis “quando lhe pedimos que o faça e dirigimos nossa teorização para esse fim.”. Assentada nestas premissas, coloco em circularidade nas próximas linhas, para além de dados e escritas, reflexões que possam mobilizar teorias e práticas, no Direito e fora dele, capazes de provocar, ao menos, algumas fissuras nas estruturas punitivas.

2. DIREITO À SAÚDE MENTAL E MEDICALIZAÇÃO DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE CÁRCERE

“O manicômio – tanto em suas instituições como nos saberes psiquiátricos clássicos que nesta lógica se baseiam – serve ao sistema capitalista e à manutenção de opressões de gênero, raça e classe.”

Passos; Pereira, 2017, p. 45

O presente capítulo aborda o direito à saúde mental de pessoas em situação de cárcere na emergência da democracia brasileira, dos direitos humanos e da luta antimanicomial, a partir de alguns tratados internacionais, normas nacionais e políticas voltadas à proteção do direito à saúde mental de mulheres encarceradas. O direito à saúde e, em espécie, o direito à saúde mental são direitos humanos fundamentais, pois, além de consagrados no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, na qualidade de direitos fundamentais, são também reconhecidos internacionalmente, por meio de convenções, tratados, políticas, resoluções, conferências, declarações e demais tratativas na ordem mundial, que lhes conferem o *status* de direitos humanos (Sarlet, 2017).

As lutas antimanicomiais emergem como movimentos teóricos e políticos de reivindicação do direito à saúde mental enquanto direito humano e fundamental, no mundo e no Brasil, promovendo reformas, políticas e direitos neste campo. Os movimentos impulsionaram críticas sobre o manicômio para além das estruturas físicas e trouxeram novos olhares sobre a loucura e os(as) considerados(as) loucos(as). A reforma psiquiátrica no Brasil emerge nos anos 60 e 70, no seio destes movimentos antimanicomiais, consolidando os “avanços do abolicionismo manicomial contra todas as políticas de enclausuramento de pessoas e de desqualificação dos indivíduos considerados ‘diferentes’ em relação aos padrões socialmente definidos como ‘normais’” (Amarante; Torre, 2017, p. 111).

Do ponto de vista da psiquiatria, com seus saberes, discursos, técnicas e mecanismos, somaram-se às violências da institucionalização psiquiátrica de pessoas com algum transtorno mental ou em situação de sofrimento psíquico, com internamentos forçados e contenções físicas, as violências da medicalização destes corpos, panorama que inscreve a história da psiquiatria como “uma história de violência sistematicamente feita por meio de justificativas acobertadas por um linguajar científico” (Freitas, 2017, p. 135). E, se no passado os discursos científicos legitimavam o emprego dos manicômios e outros procedimentos, estes se

atualizaram para respaldar o diagnóstico psiquiátrico e o tratamento com drogas psicoativas para parcela significativa da população (Freitas, 2017).

Levantar as normas de direito à saúde mental nos presídios no contexto das lutas antimanicomiais para tratar dos psicotrópicos nas prisões coloca a medicalização como um fio que entrelaça a psiquiatria e o direito e, por conseguinte, os manicômios e as penitenciárias. Assim, o presente estado da arte sobre os psicoativos nos cárceres femininos, parte de normas sobre saúde mental e das lutas antimanicomiais para analisar, no contexto brasileiro, como as instituições se apresentam em suas práticas, os discursos que fundamentam diagnósticos em psiquiatria e a medicalização de pessoas aprisionadas, seja em hospitais psiquiátricos ou nos presídios, as interrelações entre gênero, raça e classe nos corpos afetados pelos transtornos mentais ou pelo sofrimento psíquico e os papéis desempenhados pelos psicoativos nestes espaços.

2.1 LUTAS ANTIMANICOMIAIS E NORMAS SOBRE SAÚDE MENTAL

Os movimentos antimanicomiais juntamente aos movimentos sanitários, enquanto movimentos sociais, confrontaram “o modelo médico curativo e hospitalocêntrico, a mercantilização da saúde e a institucionalização em massa da loucura” (Amarante; Torre, 2017, p. 111), como pautas de democracia, direitos e cidadania, entre os anos 1960 e 1970, no Brasil. Foram impulsionados pelo abolicionismo manicomial, críticas, mudanças e conquistas em face das abordagens científicas e jurídicas sobre a loucura que levavam às práxis de aprisionamento-institucionalização da pessoa enquadrada como louca, submetida a diversas violências sistemáticas. Ressalte-se que essa arquitetura (física e discursiva) da qual se fala - o manicômio - não somente “(...) reproduz o *apartheid*¹⁵ social que envolve a experiência da loucura, mas também tem inscrito em si o machismo, a homofobia, a transfobia, o racismo, a xenofobia e outras formas de opressões” (Passos, 2019, p. 84).

Uma breve história dos manicômios remete à importante noção de instituição da violência, apresentada por Franco Basaglia (1985, p. 101), para o qual os hospitais

¹⁵ “Nogueira (2017) vai trabalhar com o conceito de “*apartheid* psíquico”, o qual também pode ser entendido como uma das formas de expressão de racismo. Como não vivemos a institucionalização e a legalização do *apartheid*, para a autora, temos uma silenciosa separação através das relações sociais, causando intenso sofrimento à população negra. Portanto, como o racismo à brasileira se expressa pelo silêncio, o discurso conservador vai afirmar que o sofrimento oriundo do racismo é um problema individual, transferindo questões de ordem estrutural para o subjetivo.” (Passos, 2019, p. 84).

psiquiátricos, assim como a família, a escola, a fábrica, a universidade, o cárcere e outras instituições têm em comum o fato de a violência ser perpetrada “por aqueles que empunham a faca contra os que se encontram sob a sua lâmina”. Estas instituições são caracterizadas pela relação de opressão e de violência entre quem exerce o poder e quem está submetido a ele, intensificando ou produzindo a exclusão destes, sendo os(as) técnicos(as) juizes(as), psicólogos(as), psiquiatras peças fundamentais para administrar a violência no exercício do poder, à medida que conduzem estes excluídos, de forma técnica, pela força e pela autoridade, a aceitarem as condições que lhe excluem (Basaglia, 1985).

Essa análise crítica do psiquiatra italiano pode ser elucidada com o conto “O Alienista”¹⁶, do escritor brasileiro Machado de Assis, escrito em 1882, no qual o Doutor Simão Bacamarte, o alienista, médico estudioso da mente humana, constrói a Casa Verde, manicômio localizado na cidade de Itaguaí, destinado ao recolhimento e tratamento de pessoas com transtorno mental, bem como ao estudo da loucura, seus diferentes graus, causas e um remédio universal, acreditando ser este um excelente serviço para a sociedade. A questão é que o referido personagem passa a identificar comportamentos e falas que fugiam da normalidade e, portanto, seriam típicos da loucura, a tal ponto que grande parte da população foi enclausurada no hospício. Ao fim, a literatura e a realidade se aproximam: afinal, não sabiam mais “quem estava são, nem quem estava doido” (Assis, 1994, p. 18).

O povo de Itaguaí que, antes apoiava o alienista, seus métodos e a Casa Verde, passou a se rebelar contra a instituição, o técnico e a ciência “A Casa Verde é um cárcere privado (...) o ilustre Bacamarte; frio como um diagnóstico, sem desengonçar por um instante a rigidez científica” (Assis, 1994, p. 16). O conto é um retrato da psiquiatria e dos manicômios na sociedade e, em diálogo com Basaglia (1985), destaco algumas críticas centrais que permeiam esta pesquisa: 1) as definições científicas sobre doenças, diagnósticos e as abordagens terapêuticas dependem daqueles que podem estabelecer critérios e de quem pode aplicar os métodos; 2) as percepções sobre doenças, causas e curas estão diretamente relacionadas ao contexto social, político e econômico e; 3) na manicomialização, as relações entre técnico,

¹⁶ “O alienismo, que surge na virada do século XVIII para o século XIX, representa a resposta da ciência médica à questão da loucura, redescrita como alienação mental – isto é, como uma doença que deveria ser tratada por um tipo especial de medicina, segundo os paradigmas do tratamento físico-moral pineliano e da teoria das paixões. A loucura passa a ser entendida como uma afecção médica provocada pela combinação de causas físicas e morais. Neste contexto, aparece um novo especialista, o alienista, a quem compete tratar, usando uma expressão da época, ‘dos infelizes privados do uso da razão’. Aparece também o hospício, lugar de triunfo e operação desta nova concepção.” (Teixeira; Ramos, p. 367).

instituição e a pessoa a quem se atribui algum transtorno mental, bem como as intervenções adotadas, reduzem a pessoa ao corpo doente¹⁷ e influenciam na própria percepção de si.

Com isso, os olhares críticos sobre a institucionalização não ficam restritos à doença em si, mas se expandem para alcançar os pressupostos que fundamentam diagnósticos e intervenções no campo da saúde mental, o que estes concretamente produzem na sociedade e a quem se dirigem. A abordagem terapêutica está diretamente associada e é fruto das leis econômicas, de modo que não são as áreas do saber - psiquiatria, psicologia - que autônoma e isoladamente determinam a atuação, e sim o sistema socioeconômico, que direciona práticas distintas para diferentes grupos sociais (Basaglia, 1985).

O perfil social, racial e de gênero nestes espaços sempre foi bem demarcado, desde a construção física dos manicômios, uma vez que, no Brasil, os primeiros hospícios foram construídos pela força de trabalho de mulheres negras (escravas, africanas livres e libertas), o que localiza o manicômio enquanto um empreendimento que se estruturou a partir da desigualdade e da subalternidade étnica e racial deste grupo (Passos; Pereira, 2017). Isto sem contar o próprio contingente aprisionado nos hospícios, composto majoritariamente por pessoas negras (Engel, 1999), cenário este que permanece nos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2019), nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e nas penitenciárias (Diniz, 2013; Passos; Pereira, 2017). Sobre os HCTPs, o pioneiro Censo brasileiro “A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil” (Diniz, 2013), denunciou as violências institucionalizadas pelo Estado:

Tão significativos quanto a desconstrução do estigma de que a loucura seria violenta por uma expressão essencial do indivíduo são os dados que mostram a estrutura inercial do modelo penal-psiquiátrico do asilamento. Pelo menos 741 indivíduos não deveriam estar em restrição de liberdade, seja porque o laudo atesta a cessação de periculosidade, seja porque a sentença judicial determina a desinternação, porque estão internados sem processo judicial ou porque a medida de segurança está extinta. Isso significa que um em cada quatro indivíduos internados não deveria estar nos estabelecimentos de custódia. (Diniz, 2013, p. 16).

A interlocução com a obra “Os Condenados da Terra”, de Frantz Fanon¹⁸ (1965, p. 133), é extremamente necessária para compreender como a “(...) negação sistemática do outro,

¹⁷ Ao que Basaglia (1985) entende tratar-se de tornar o doente “objeto de violência”.

¹⁸ Imprescindível chamar atenção para o que Passos (2019, p. 85-86) denuncia quanto ao atravessamento do racismo - estruturante e estrutural - da formação social brasileira na constituição da psiquiatria e do campo da saúde mental e atenção psicossocial e, assim, conclui que o apagamento de Fanon e do debate étnico-racial ocorre

uma decisão furiosa de privar o outro de qualquer atributo de humanidade”, fruto do colonialismo, é justamente o que leva o povo dominado ao adoecimento mental. Analisando alguns casos, à época, sobre o povo argelino, em um contexto colonizador, o autor conclui que “não é preciso estar ferido com uma bala para sofrer no corpo ou no cérebro a existência da guerra.” (Fanon, 1965, p. 157). A categorização de determinados sujeitos - na hipótese, os argelinos - como loucos, preguiçosos, criminosos natos, foi e permanece fundamental para disciplinar, domesticar, reduzir e pacificar¹⁹ o colonizado (Fanon, 1965), contexto este que produz os corpos adoecidos para serem institucionalizados nos manicômios.

Assim, o modelo manicomial “(...) era colonial porque repetia com as pessoas consideradas loucas aquilo que o colonialista faz com o negro, ou seja, destituí-lo de sua humanidade e autonomia, deixando de reconhecê-lo como sujeito, reconhecendo-o apenas como objeto” (Fanon *apud* Faustino, 2020, p. 34). A história da psiquiatria, da manicomialização e dos hospitais psiquiátricos conta, portanto, o percurso de um serviço de violência institucional que perpetua as violências sofridas por grupos vulnerabilizados socialmente antes mesmo da institucionalização²⁰, percurso este que trouxe ao Brasil o seguinte panorama:

Afinal dos anos 70 e início dos 80, o parque manicomial brasileiro era um dos maiores do mundo, chegando à aterradora cifra de mais de cem mil leitos psiquiátricos, a maioria dos quais se encontravam em grandes complexos psiquiátricos, como no caso do Hospital de Juquery que chegou a ter 16.000 internos, em São Paulo; e ainda a Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, e o Hospício de Barbacena, em Minas Gerais, por exemplo. Tratava-se de verdadeiros campos de extermínio psiquiátrico, com milhares de internos em condições subumanas. E por muitas décadas, esta realidade permaneceu. (Amarante; Torre, 2017, p. 112).

É nesse cenário de violências, torturas e mortes nos hospitais psiquiátricos²¹, que são impulsionadas críticas, no Brasil e em outros países, à psiquiatria e às instituições asilares,

“pela naturalização do mito da democracia racial materializando-se não só pelo viés teórico, político, ideológico, como também na constituição da clínica ampliada. O racismo é base da ‘autorização’ do extermínio da população negra no país e compõe o processo de psiquiatrização e medicalização das subjetividades negras.”

¹⁹ Vocábulos estes utilizados pelos próprios colonialistas nos territórios ocupados (Fanon, 1965).

²⁰ Nesse sentido, Basaglia (1985, p. 112/113) conclui que o paciente institucionalizado é “o objeto de uma violência que a sociedade exerceu sobre ele e que continua a exercer, na medida em que, antes de ser um doente mental, ele é um homem sem poder social, econômico ou contratual: é uma mera presença negativa, forçada a ser aproblemática e acontraditória com o objetivo de mascarar o caráter contraditório de nossa sociedade.”

²¹ São diversos os registros que demonstram o estado de violação de direitos das pessoas institucionalizadas: superlotação, mortes, aprisionamento de pessoas que sequer tinham transtorno mental, as crianças nascidas neste espaço eram retiradas das mães, a longa permanência e isolamento nas instituições, separando a pessoa do convívio social e familiar, uso de eletrochoque, dentre outras graves violências sofridas (Castro, 2015).

desde os pressupostos teóricos às práticas (Basaglia, 1985, 2010; Goffman, 1974; Cunha, 1989; Engel, 2000; Foucault, 2006). Os movimentos sociais antimanicomiais organizaram-se e mobilizaram-se, ainda mais, pelo direito à saúde mental e pelo fim de todas as formas de violência praticadas pela psiquiatria em um “estado de exceção manicomial” (Santos; Pontes, 2017, p. 40), resultando nos processos nomeados de Reformas Psiquiátricas, que podem ser compreendidos a partir de dois grupos de atuação: no primeiro, estão aqueles que questionam “(...) a organização, a estrutura dos espaços asilares e apontam para sua reformulação; e um segundo grupo que entende o Hospital Psiquiátrico como falência da Psiquiatria, voltando-se para além de seus muros.” (Amarante *apud* Passos; Pereira, 2017, p. 33).

Saliente-se que a Reforma Psiquiátrica teve como pilares “(...) a crítica ao modelo hospitalocêntrico; desinstitucionalização; negação do caráter terapêutico do internamento como regra; e redirecionamento do modelo assistencial à saúde mental em serviços substitutivos em meio aberto” (Prado; Schindler, 2017, p. 637). Estes princípios norteadores da reforma psiquiátrica, ainda que no contexto da institucionalização nos manicômios, servem de assento para repensar o direito à saúde mental também nos HCTPs e presídios, uma vez que a ideologia psiquiátrica, por meio de suas instituições e saberes (Pereira, 2020), transpassou os muros dos hospitais psiquiátricos e ganhou novos contornos com a associação entre loucura e crime tanto nos Hospitais de Custódia e Tratamento quanto nos cárceres.

No Brasil, a classe trabalhadora deu expressão ao movimento antimanicomial e somou forças à Reforma Psiquiátrica, o que foi oficializado com o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, no ano de 1987 (Pereira, 2020). A Carta de Bauru, oriunda desse encontro, é um marco no campo da saúde mental, representando um chamado para repensar os lugares de produção de conhecimento e luta a partir dos(as) sujeitos(as) envolvidos(as). A mensagem substancial é o pleito por uma sociedade sem manicômios, reconhecendo sua arquitetura como “(...) expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres.” (Manifesto de Bauru, 1987). É, sobretudo, uma luta por justiça social quando identifica que o direito à saúde mental requer a salvaguarda de todos os direitos sociais dos trabalhadores²².

²² Trinta anos depois, temos a Carta de Bauru - 30 anos, de 2017, que retoma os pleitos de 1987, rememora os principais avanços no campo da saúde mental e denuncia a crescente desigualdade produzida pela ideologia neoliberal, os ataques ao SUS, com a redução do financiamento, a diminuição dos recursos para políticas públicas sociais, a ascensão do conservadorismo, a criminalização dos movimentos sociais. A Carta de Bauru - 30 anos

A partir do que foi delineado acima sobre a psiquiatria, a manicomialização, a noção de instituição da violência, com a institucionalização de determinados grupos que já são objetos de violência antes de ingressar nesses espaços (Basaglia, 1985), e compreendidas as principais críticas dos movimentos antimanicomiais, vê-se que os HCTPs são estruturas que vão de encontro às reformas psiquiátricas (Diniz, 2013), pois, ao passo que “a medida de segurança é utilizada, em regra, na modalidade de internação, no intuito de tratar e retribuir condutas ilícitas, a reforma surge para percorrer o caminho inverso, desinternar para reabilitar e garantir cidadania à pessoa com transtorno mental.” (Prado; Schindler, 2017, p. 636). De igual forma, nos presídios, diante de uma política voltada muito mais ao aprisionamento de grupos vulnerabilizados (criminalização, construção de mais cárceres, investimento em equipamentos de repressão) do que à efetivação dos seus direitos individuais²³ e sociais²⁴, que, quando negligenciados, provocam o adoecimento mental desta população.

Nesse contexto de violação de direitos e mobilizações antimanicomiais, dentre muros derrubados e outros reformados (novas roupagens que preservaram a violência psiquiátrica com outras práticas), há alguns avanços jurídicos e políticos para o reconhecimento e a efetivação do direito à saúde mental. A Declaração de Caracas, de 1990, proclamada na “Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde” (ONU, 1990), realizada na Venezuela, identificou a importância da atenção primária em saúde, prezando pela descentralização, participação e prevenção nos cuidados à saúde mental (Santos; Pontes, 2017). A Resolução n.º 46/199 de 1991, da Organização das Nações Unidas, estabeleceu princípios para salvaguardar pessoas acometidas por transtorno mental e para avanços no campo da saúde mental, incluindo-se, aqui, tratamento em ambiente menos restritivo (ONU, 1991).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 é um importante instrumento de consecução da saúde e, em espécie, da saúde mental enquanto direito humano fundamental, previsto no artigo 6º da CF/88. As Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental, no Brasil, também se destacam ao apontarem a saúde enquanto direito e pauta imprescindível à democracia e à

(2017, p. 77) também rechaça a “(...) o genocídio e a criminalização da juventude negra, a redução da maioria penal, a intolerância religiosa e todas as formas de manicômio, que seguem oprimindo e aprisionando sujeitos e subjetividades”, compreendendo que a Luta Antimanicomial deve estar articulada aos “movimentos feministas, negro, LGBTQI, movimento da população de rua, por trabalho, moradia, indígena entre outros”.

²³ A Constituição Federal estabelece, em seu artigo 5º, enquanto direitos individuais: a vida, intimidade, igualdade, liberdade, propriedade.

²⁴ Em seu artigo 6º, a Constituição Brasileira dispõe que são direitos sociais: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.

cidadania; a urgência de reformular o sistema nacional de saúde e de investimentos neste setor; as condições de vida - moradia, educação, trabalho, transporte, igualdade, alimentação, meio ambiente, lazer etc - como fatores que afetam diretamente a saúde e, no caso, a saúde mental; a necessidade de desinstitucionalização as instituições manicomialis, a exemplo de asilos, orfanatos e prisões; as relações entre adoecimento mental, gênero, raça e classe (Reverbel, 1996).

A Lei Orgânica de Saúde, Lei n.º 8.080/1990, que implementou o Sistema Único de Saúde (SUS), representa a concretização do direito à saúde como direito fundamental social, transformando e impulsionando as práticas de saúde, em todo o território brasileiro, a partir dos seguintes princípios e diretrizes: universalidade de acesso aos serviços para todas as pessoas; integralidade de assistência, com uma ampla rede de serviços e ações, para todos os níveis de complexidade, também focada na prevenção e em abordagens coletivas; informação; igualdade no acesso; publicização dos direitos e serviços disponíveis; participação comunitária; e atuação de caráter macro, com uso da epidemiologia, estabelecimento de prioridades e distribuição de recursos (Brasil, 1990).

Em 2001, a Reforma Psiquiátrica no Brasil ganha força e se materializa, sobretudo, por meio da Lei da Reforma Psiquiátrica (n.º 10.216/2001), inspirada no Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), conquista de movimentos sociais antimanicomialis, como o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e a Rede Internúcleos de Luta Antimanicomial (RENILA) (Passos; Pereira, 2017), além do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). A lei tornou-se referência ao consagrar um rol de direitos à pessoa afetada pelo transtorno mental; conferir responsabilidade ao Estado na promoção da política de saúde mental, na assistência e no fomento de ações de saúde, com participação da sociedade e da família; vedar a internação em locais com características asilares e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001)²⁵. Rachel Passos e Melissa Pereira (2017), salientam, como principais consequências dessas mudanças, o fechamento de mais de 60.000 leitos em hospitais psiquiátricos e a construção de redes de atenção psicossocial:

Estas, compostas por serviços territoriais de saúde, assistência social, educação, cultura e lazer propõem que se volte para a realidade das pessoas e suas comunidades e têm se apresentado como um importante diferencial em novas lógicas de assistência. Nos referimos aqui à implantação de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas

²⁵ Acompanhada, em seguida, da Portaria n.º 336/2002 do Ministério da Saúde, que passa a regulamentar de forma específica e detalhada a execução da Lei n.º 10.216/2001 no território nacional.

(RTs), Leitos de Atenção Integral em Hospital Geral (Lai HG), além da expansão da atenção psicossocial na atenção básica, via Estratégia de Saúde da Família, mas, em especial, à sua articulação com demais serviços e setores, como a assistência social, a educação, cultura, lazer, entre outras. (Passos; Pereira, 2017, p. 39-40).

Frutos dos princípios e diretrizes do SUS, foram elaboradas políticas de saúde direcionadas às especificidades de grupos vulnerabilizados a partir do reconhecimento das desigualdades e das violências no adoecimento destes grupos: a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, de 2002; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), de 2004; a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), de 2009; a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, de 2011. Com destaque para o tema da presente pesquisa, frise-se que a PNAISM tem como um de seus objetivos a implementação de um modelo de atenção à saúde mental sob o enfoque de gênero, monitorando também para a promoção das práticas em saúde a realidade de mulheres negras, indígenas, em situação de prisão, pobres, trabalhadoras e idosas (Brasil, 2016); enquanto a PNSIPN, ao constatar os impactos da discriminação racial e exclusão social, adota como uma das estratégias o fortalecimento da atenção à saúde mental de pessoas negras (Brasil, 2017).

Especificamente quanto ao direito à saúde mental voltado às mulheres encarceradas, tem-se: a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará (1994, OEA); as Regras de Mandela; Regras Mínimas Para o Tratamento da Mulher Presa (Regras de Bangkok); a Lei n.º 7.210/1984 (Lei de Execução Penal); as Portarias n.º 94 e n.º 95 do Ministério da Saúde, que instituem o serviço de acompanhamento de medidas terapêuticas às pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei; o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP); a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP); a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE)²⁶. Não obstante o aparato normativo, diálogos entre as lutas antimanicomiais, os manicômios e os presídios, demonstram que a efetivação do direito à saúde mental das pessoas encarceradas não se dá pelo mero acesso às ações e serviços de saúde, mas no “(...) rompimento com a lógica punitiva de encarceramento da sociedade disciplinar, assim como o fez a luta antimanicomial.” (Felicio, 2019, p. 144).

²⁶ Ressalte-se que as principais normativas serão debatidas no tópico seguinte, com vistas a articular o direito e as práticas na realidade prisional.

Do panorama internacional ao nacional, o direito à saúde mental se consagra como uma garantia constitucional, mas principalmente como um dever do Estado, sendo de sua responsabilidade a realização de políticas públicas que visem a efetivação deste direito para toda a população, sobretudo para os grupos mais vulnerabilizados. Os direitos e as políticas permitem identificar o plano do que deveria ser efetivado como corolário do Estado Democrático de Direito. Faz-se necessário, contudo, nas próximas linhas o deslocamento do dever-ser para o que se é, como um dos passos para romper o processo de invisibilização, neste campo de estudo principalmente, que “(...) reproduz a violência e a naturalidade do sofrimento mental em mulheres e gera obstáculos para o planejamento de políticas públicas voltadas para esse grupo vulnerabilizado, dificultando o acesso à justiça e a garantia dos demais direitos.” (Correia; Malheiro; Almeida, 2016, p. 303).

2.2 ENCARCERAMENTO FEMININO, PRODUÇÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO E MEDICALIZAÇÃO

Imprescindível retomar a discussão sobre os pressupostos que fundamentam diagnósticos e intervenções no campo da saúde mental, o que estes concretamente produzem na sociedade e a quem se dirigem. Para tanto, parto das críticas à psiquiatria e à institucionalização de pessoas, bem como do perfil social, racial e de gênero das pessoas institucionalizadas, questões abordadas anteriormente, para percorrer e aprofundar as imbricações entre loucura, cárcere, gênero, raça e classe, que nos levará à prática da medicalização nos presídios, enquanto um *continuum* de violência extra e intramuros, sociedade-manicômios-prisões²⁷. As normas sobre a saúde mental ressurgem, no debate, para o contraponto entre as garantias previstas e as práticas que violam os direitos e contribuem para o adoecimento mental de parcela da população.

Por trás dos estudos dos alienistas e psiquiatras sobre a loucura, da construção e superlotação dos manicômios, dos diagnósticos e abordagens, há um pilar fundamental: a eugenia, que aparece como uma ciência²⁸ do aperfeiçoamento hereditário em obra de Francis

²⁷ Destaco que o trinômio iniciado com a palavra sociedade não pretende colocar os cárceres e hospitais psiquiátricos de forma externa à sociedade, já que compreendo que são produtos deste corpo social, mas serve apenas para elucidar a continuidade e circularidade das pessoas antes do ingresso nos manicômios e prisões, durante e após.

²⁸ Anote-se que a suposta ciência ultrapassou os limites da academia, ganhando espaço na sociedade de modo geral, nas igrejas, imprensa etc e, no Brasil, o médico paulista Renato Kehl fundou, em 1917, a Sociedade Eugênica

Galton, fisiologista inglês, datada de 1889 (Engel, 2001). A suposta ciência se preocupava em promover estudos e determinar práticas sociais, sanitárias, jurídicas, econômicas, políticas e médicas²⁹ para a procriação daqueles(as) considerados sãos, normais e bons, e, de outro lado, para o controle da reprodução de quem era anormal, mau, degenerado (loucos, vagabundos, criminosos), inclusive, com práticas de esterilização, sob a justificativa de que tais características, físicas, morais e psíquicas, seriam transmitidas de forma hereditária (Engel, 2001).

No Brasil, no fim do século XIX, boa parte dos nomeados intelectuais da época, dentre os quais, Sílvio Romero, jurista, defendia que o branco era a raça superior e, somente pelo branqueamento, seria possível construir uma sociedade civilizada e moderna, enquanto outros, a exemplo de Nina Rodrigues, médico legista e psiquiatra brasileiro, acreditando na comprovação da inferioridade do negro pela ciência, declaravam que a mestiçagem era a principal causa da difusão da degenerescência (Engel, 2001). Divididos entre aqueles que acreditavam na reversibilidade das diferenças raciais pela ação do meio para corrigir os males da raça degenerada e outros que argumentavam pela impossibilidade de regeneração, considerando a mestiçagem um risco à civilização, esses embates tinham em comum a crença na inferioridade biológica e cultural dos negros e indígenas (Engel, 2001). É neste cenário, assentada em fundamentos racistas, que a eugenia se constituiu como política de Estado³⁰ e passar a nortear a psiquiatria brasileira no início do século XX (Engel, 2001), determinando práticas violentas direcionadas ao aniquilamento da população negra.

O conceito de degeneração, pela medicina social, era adotado em seu sentido mais amplo, “abarcando a noção de ‘inadaptabilidade social’ dos indivíduos, a fim de que se pudesse também aumentar a extensão e a eficácia da ação profilática” (Engel, 2001, p. 176). Nesta linha, o psiquiatra Juliano Moreira ganhou notoriedade como defensor da higiene mental, a partir da alfabetização e como prática a ser promovida em todos os espaços sociais. Com previsões catastróficas sobre o aumento da loucura no mundo explanadas pelos psiquiatras³¹, justificava-

de São Paulo, primeira na América do Sul, cuja divulgação das teorias elaboradas eram difundidas nos jornais locais, inclusive, no O Estado de São Paulo (Engel, 2011).

²⁹ Importante registrar o papel que assume o médico e a medicina no controle da população, cite-se como exemplo a proposta de incluir, no Código Civil, “a exigência do exame médico pré-nupcial e a proibição para o casamento de todo indivíduo inapto para a boa reprodução” (Engel, 2011, p. 171).

³⁰ A Constituição brasileira de 1934, em seu artigo 138, adotou a eugenia enquanto política de Estado: “Art 138 - Incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas: (...) b) estimular a educação eugênica” (Brasil, 1934).

³¹ Um dos nomes responsáveis por essa difusão foi o médico Gustavo Riedel, que criou a Liga Brasileira de Higiene Mental, em 1923, lastreada nas ideias eugenistas e financiada pelo Estado (Engel, 2001).

se a profilaxia das doenças mentais enquanto método a ser adotado para além dos hospícios, estendendo-se às escolas, prisões, tribunais, casas, fábricas, de modo que “a missão do psiquiatra não apenas tornava-se cada vez mais ampla, mas assumia também uma dimensão social e política cada vez mais profunda.” (Engel, 2001, p. 178).

Nesse ponto, a articulação entre manicomialização e encarceramento da população negra pode ser vista sob a ótica do desenvolvimento dos discursos científicos, no século XVIII, quando os corpos de homens negros e não brancos, mulheres negras e não brancas e mulheres brancas tornam-se campos de estudo das especialidades médicas³² que passam a formular saberes sobre o(a) louco(a) e o(a) criminoso(a). A imbricação entre os cárceres, manicômios e saberes médico-jurídicos, aparece bem demarcada com o surgimento da Criminologia por Cesare Lombroso³³, que, instruído “(...) pela metodologia racista positivista (método branco, verdade branca), estabeleceu um vínculo inquebrantável entre o criminalizado, o louco, o inferior, o primitivo e o negro” (Góes, 2020, p. 159). Esta “fórmula mágica” (Góes, 2020) foi o que possibilitou o sucesso do Direito Penal com o encarceramento do povo negro e seu genocídio.

Além dos fundamentos eugenistas racistas, a psiquiatria e as práticas higienistas, assim como outras especialidades, adotavam como premissa que as condições biológicas das mulheres as tornavam naturalmente patológicas - o “orgânico louco das mulheres” (Passos; Pereira, 2017, p. 36), legitimando uma série de intervenções no corpo feminino. No início do século XX, as mulheres internadas nos hospitais psiquiátricos, no Brasil e no mundo, em sofrimento psíquico, com transtornos mentais ou enquadradas como desviantes (anarquistas, prostitutas, lésbicas), eram submetidas a intervenções cirúrgicas e morais, baseadas na ciência,

³² Além da higiene, o aparecimento da obstetrícia e da ginecologia surgem como discursos e práticas para regular o nascimento e a demografia (Vieira, 2002).

³³ “O chamado ‘positivismo criminológico’ (que, como já dissemos, não é mais que o resultado da aliança do discurso biologista médico com o poder policial urbano europeu) foi sendo armado em todo o hemisfério norte e estendeu-se ao sul do planeta, como parte de uma ideologia racista generalizada na segunda metade do século XIX e que terminou, catastroficamente, na II Guerra Mundial.” (Zaffaroni, 2013 p. 82); “Na Escola Positivista havia duas divisões: Nova Escola ou Escola Antropológica e a Escola Crítica ou Eclética. A primeira delas foi a mais influente e com o maior número de estudos. Dessa Escola faziam parte, dentre outros, Lombroso, Ferri, Garofalo, Marro, Sergi, Virgílio, Nina Rodrigues, Viveiros de Castro e Cândido Motta. A Escola Antropológica desenvolveu seus estudos sobre a criminalidade no fim do século XIX, tendo como foco principal os aspectos biológicos que levariam um homem a delinquir. Consideravam que havia estigmas próprios da criminalidade que seriam fundantes para as ações criminosas. Os fatores sociais, segundo essa Escola, tinham alguma influência nas ações dos criminosos, mas não eram determinantes como os fatores biológicos. Procuravam explicar o que levava um indivíduo a delinquir e foi através do campo da Biologia que desenvolveram suas maiores teses.” (Faria, 2013, p. 39).

para a retirada do útero, ovários e clitóris, sob a justificativa de cura dos transtornos mentais ou do uso abusivo de álcool e outras drogas (Passos; Pereira, 2017).

Especificamente quanto à loucura e à criminalização de mulheres, no Brasil, na virada do século XIX até a primeira metade do século XX, a relação estabelecida entre a patologização da mulher e a construção do estigma de louca, por médicos, apoiava-se em três fatores emocionais e psicológicos que poderiam levar mulheres “normais” a comportamentos indesejáveis, negativos e “anormais” e, por vezes, criminosos, quais sejam, a Histeria, o Nervosismo e o Hipnotismo, sendo que “(...) era o histerismo a condição mais perigosa, porque conduzia suas portadoras a comportamentos sexuais e ‘antinaturais’, portanto eram as histéricas as mais estudadas por médicos no campo da criminalidade. Como no caso do nervosismo, a histeria era tipicamente feminina.” (Faria, 2013, p. 48-50). Neste sentido:

Enquanto as prisões emergiam, ironicamente, como espaços de humanização da punição – transformando-se a privação de liberdade em punição –, as mulheres permaneciam subjugadas no ambiente privado, inclusive com leis que garantiam castigos físicos. Mas um dado importante na história punitiva sobre as mulheres é de que, ao passo que homens começaram a ser penalizados em prisões, foram utilizados contra as mulheres os hospitais psiquiátricos, as instituições mentais, os conventos e os espaços religiosos. Então, aos homens, a criminalidade era considerada algo da normalidade, uma quebra de contrato e, portanto, em se tratando o crime de algo da esfera de um sistema de justiça público, a punição se exercia também no âmbito público. Em paralelo se constrói nesse período a ideia de mulheres anormalizadas e desestabilizadas, portanto loucas e histéricas, e que deveriam ser tratadas sob normas e condutas médicas e psiquiátricas. Até hoje, as mulheres formam o contingente mais medicalizado da sociedade moderna, com todo tipo de fármacos para controle de “distúrbios” de ordem psíquica, além de apresentarem alto grau de doenças mentais. (Borges, 2019, p. 62).

Diante desse contexto, ao olhar para a história das prisões a partir das categorias de raça e gênero, Davis (2018, p. 71-72) aponta que os homens que cometiam delitos eram tidos como criminosos, enquanto as mulheres eram consideradas insanas e, sob esse pressuposto, atualmente, “medicamentos psiquiátricos ainda são distribuídos de maneira muito mais ampla a detentas do que a suas contrapartes masculinas”. Vê-se, portanto, que a prisão feminina é uma atualização e complexificação de outras formas de punição que já atravessavam as mulheres, agregando mecanismos disciplinares próprios (Foucault, 1977). Nas penitenciárias femininas, apresentam-se dispositivos de controle e punição específicos “(...) numa mistura de ideologias que refletem a aceção de que as mulheres que cometem crimes são duplamente desviantes,

uma vez que transgridem a lei e o modelo de feminilidade normativo” (Carlen e Worrall *apud* Silva, 2013)³⁴.

Fincada nos pressupostos neolombrosianos, que atribuem maior debilidade física e psicológica às mulheres, a “(...) psiquiatrização sugere como patológicos os sujeitos que descumprem a norma penal e a medicalização como recurso para docilizar e punir os corpos encarcerados, sob o argumento do alívio da aflição” (Arruda, 2017, p. 173). Por meio do relato de uma das mulheres encarceradas em um centro de detenção provisória feminino do Rio Grande do Norte, a utilização do medicamento aparece como forma de ajudar a suportar o sofrimento do dia a dia “(...) não vem aquele desespero, dois, três, quatro, cinco dias, que nem eu já passei oito dias em desespero. Ele tranquiliza, eu fico sempre assim quieta” (Figueiró, 2012, p. 16).

No entanto, voltado a uma falsa prática de cuidado terapêutico e alívio da dor, o uso desses medicamentos nos presídios femininos está associado, em verdade, à história da criminalização das mulheres e do controle desses corpos, inserindo-se na lógica da dupla punição³⁵ como forma de disciplina e para o “silenciamento dessas mulheres, de sua capacidade de reivindicação, sobretudo no que diz respeito ao cotidiano absolutamente violador dos direitos humanos, ainda presente na maioria das unidades prisionais de nosso país.” (Figueiró, 2012, p. 16). Para a Criminologia Crítica, a medicalização é um “(...) mecanismo de sustentação do controle formal (controle terapêutico) com finalidade profundamente disciplinar: seja para manter a pessoa presa em situação de aceitação alienada da disciplina; seja para modificar brutalmente sua atitude de rebeldia” (Miralles *apud* Magno, 2017, p. 192).

Tentar silenciar, adormecer, acalmar é útil para adaptar os corpos às prisões e dificultar as resistências das pessoas aprisionadas contra as péssimas condições do sistema carcerário e as violações de direitos a que estão submetidas: abandono da família, companheiros(as) e amigos(as); a desassistência à saúde; a precariedade da alimentação; a insalubridade da água; a superlotação; a rotina entediante; a falta de privacidade; as condições precárias de higiene; a falta de colchão e lençol; violações aos direitos das mulheres encarceradas, a exemplo, o não

³⁴ Para um maior aprofundamento sobre a questão, pontue-se que “Estas ideologias sob pressupostos neolombrosianos concorrem para a patologização e medicalização das mulheres, justificada pela sua suposta maior debilidade física e psicológica, e demonstram uma preocupação de reabilitação das mulheres reclusas, de acordo com o papel tradicional destas na família e na sociedade. Assim, as mulheres, além de serem submetidas aos mesmos dispositivos de controle aplicados nas prisões masculinas, são também constrangidas psicologicamente pela imposição de três tipos de disciplinas: a feminilização, a domesticização e a medicalização, como vimos até aqui (Carlen e Worrall *apud* Silva, 2013, p. 61-62).

³⁵ A dupla punição considera que as mulheres rompem a norma penal e a norma da feminilidade, de modo a orientar o agravamento punitivo desses corpos.

fornecimento de itens básicos de higiene, como absorvente e papel higiênico; bem como a violação de direitos das mulheres gestantes e lactantes (Reusch, 2016; Oliveira, 2018). Fatores estes cujos efeitos recaem sobre os corpos das mulheres encarceradas e repercutem em sua integridade física e/ou psíquica.

Essas questões estruturais dos locais de aprisionamento, onde se conjugam práticas sistemáticas de violências, revelam a obsolescência das prisões, destinadas a um número cada vez maior de pessoas de comunidades racialmente oprimidas a uma existência isolada, marcadas pelos regimes autoritários, pelas doenças e tecnologias de reclusão que produzem severa instabilidade mental (Davis, 2018). Na prisão, quem não chega com algum sofrimento psíquico, “(...) corre o risco de adquirir algum tipo de transtorno, seja mental ou físico, por tratar-se de um ambiente muitas vezes superlotado, com pouca ventilação, pouca iluminação e restrito a atividades laborais e de lazer.” (Oashi, 2018, p. 142), com destaque para a precariedade da alimentação, já que as deficiências nutricionais são fatores de ocorrência e/ou agravamento de problemas de saúde mental (Rocha *et al.*, 2021).

O sofrimento psíquico³⁶ deve ser entendido, portanto, não como um processo de cunho individual, mas como produto do colonialismo, do racismo³⁷, da discriminação de gênero, da incidência de outros marcadores de opressão e violência. No contexto do encarceramento de mulheres negras, vê-se, portanto, que o sofrimento psíquico antecede o aprisionamento (Akotirene, 2014), agravando e se acentuando “na medida em que estas mulheres vivem em comunidades e/ou favelas, nas periferias das grandes e pequenas cidades, nos contextos rurais e suas zonas de exclusão; regiões marcadas por uma geografia espacial e humana da exclusão, das opressões e violências” (Lima, 2017, p. 83-84). A relação entre gênero, classe e raça na produção de sofrimento psíquico pode ser verificada no Relatório Mundial da Saúde (2002):

³⁶ “O sofrimento psíquico é um problema de saúde pública no mundo pois está fortemente relacionado à perda de funcionalidade, à apresentação de reflexos drásticos na vida pessoal e no contexto social. Dessa forma, apresenta como determinantes não somente as habilidades dos indivíduos para lidar com pensamentos, emoções, comportamentos, interações, mas também aspectos relacionados à vida em sociedade. Destaca-se que esses determinantes são diretamente influenciados pelas políticas públicas, responsáveis pelas condições para proteção social.” (Mazzaia, 2018, p. 2198)

³⁷ O racismo aparece como fator preponderante para a prevalência de transtornos psicológicos ao longo da vida: “De acordo com o estudo realizado por pesquisadores epidemiologistas nos Estados Unidos (Chou *et al.*, 2012) sobre a associação entre a percepção de racismo e as taxas de prevalência de transtornos psicológicos ao longo da vida, o racismo apareceu associado com mais frequência aos transtornos de depressão, ansiedade, pânico, “agorafobia”, estresse pós-traumático e de uso abusivo de substâncias. Para os mesmos pesquisadores, o racismo como forma de tratamento desigual, diferencial, negativo e opressivo a pessoas de grupos raciais, contribui como consequências negativas para a saúde, apresentando-se como um potencial determinante social de sofrimento psíquico e psicológicas.” (Martins, 2019, p. 27)

A todos os níveis socioeconômicos, a mulher, pelos múltiplos papéis que desempenha na sociedade, corre maior risco de perturbações mentais e comportamentais do que outras pessoas na comunidade. As mulheres continuam a arcar com o fardo das responsabilidades de serem, simultaneamente, esposas, mães, educadoras e prestadoras de cuidados e a terem uma participação cada vez mais essencial no trabalho, sendo a principal fonte de rendimento em cerca de um quarto a um terço das famílias. Além das pressões impostas às mulheres em virtude do alargamento dos seus papéis, não raras vezes em conflito, elas enfrentam uma significativa discriminação sexual e as concomitantes pobreza, fome, desnutrição, excesso de trabalho e violência doméstica e sexual. Assim, não é de surpreender que as mulheres tenham acusado maior probabilidade do que os homens de receber prescrição de psicotrópicos (...) A violência contra a mulher constitui um problema social e de saúde pública significativo que afecta mulheres de todas as idades e de todos os estratos socioeconômicos e culturais. (...) pesquisas psicológicas, sociológicas e antropológicas já demonstraram que o racismo está relacionado com a perpetuação dos problemas mentais. A julgar pelos indícios disponíveis, as pessoas que são alvo de racismo por muito tempo têm maior risco de apresentar problemas mentais ou sofrer agravamento de problemas já existentes (...) Psiquiatras que estudavam a relação entre racismo e saúde mental em sociedades onde o racismo é prevaemente observaram, por exemplo, que o racismo pode acentuar a depressão. Numa recente resenha de dez estudos sobre diferentes grupos sociais na América do Norte, num total de 15 000 depoimentos, verificou-se uma associação positiva firmemente estabelecida entre experiências de racismo e angústia psicológica (Williams e Williams-Morris, 2000). A influência do racismo pode também ser considerada ao nível da saúde mental colectiva de grupos e sociedades. (World Health Organization *et al.*, 2002, p. 46)

Quanto à singularidade do portador de sofrimento mental, Janaína Penalva (2007) aponta para a necessidade de entender o conceito de saúde como um estado que é influenciado e definido por fatores sociais, políticos, econômicos e culturais, não, apenas, como ausência de doença. Contudo, verifica-se que os discursos produzidos sobre o desvio às normas sociais, oriundas de uma sociedade patriarcal e racista, sempre autorizaram as intervenções punitivas para o tratamento de mulheres, sendo estas medicalizadas ou criminalizadas. Em qualquer um dos casos eram segregadas socialmente, em hospícios ou conventos e, posteriormente, nas prisões (Faria, 2018) a partir de uma lógica individualizante e centrada na existência de “uma patologia cujo único ou, talvez, o mais eficaz tratamento seja pela administração de psicotrópicos” (Abdelaziz, 2017, p. 11). Jalusa Arruda, ao tratar deste tema, diante da realidade das Comunidades de Atendimento Socioeducativo (CASE), expõe que:

A despeito de justificações que buscam individualizar a responsabilidade da latente alta medicalização das meninas, a indicação para atendimento psiquiátrico é realizada pela equipe responsável pelo atendimento. A alta medicalização é uma das consequências do processo de psiquiatrização que se engendra na execução da medida socioeducativa (VICENTIN; ROSA, 2009;

VICENTIN, GRAMKOW, ROSA, 2010), mas que, por vezes, se encontra com a própria concepção da medida. Na execução da medida socioeducativa de internação para as meninas, o acompanhamento psiquiátrico não é isolado ou pontual, mas sim integrante do atendimento socioeducativo. (Arruda, 2020, p. 201-202)

A reflexão sobre o acompanhamento psiquiátrico como integrante do atendimento socioeducativo demonstra uma das extensões punitivas sobre os corpos indesejáveis que são alvos das prisões – provisórias ou para cumprimento de pena, uma vez que o cárcere vai além do aprisionamento do corpo físico, para se inscrever no corpo encarcerado, afetando a saúde mental, emocional, a percepção de si, as possibilidades de vida. Neste ponto, ressalte-se que o atravessamento da prisão é visto como um evento estressante (Massoglia *apud* CNJ, 2023), que reduz a expectativa de vida ao piorar os indicadores de saúde (CNJ, 2023). Assim, o aprisionamento, seja provisório ou em caráter de cumprimento de pena, é agente causador e potencializador do sofrimento psíquico, sobretudo, nas mulheres negras.

Os agravos de saúde, dentre eles o adoecimento mental, são decorrentes do próprio ambiente carcerário, com a falta de assistência integral, as dificuldades de relação entre os serviços de saúde e a lógica do Sistema Único de Saúde para o atendimento das pessoas presas, a insalubridade, a precariedade, a má alimentação, as violências e violações a direitos e garantias fundamentais (Felicio, 2019; Oashi, 2018; Oliveira, 2018; Reusch, 2016), dentre todos os aspectos inerentes à própria realidade do cárcere que o constitui como um território de profunda violação de Direitos Humanos (Alves, 2020). Oashi (2018) alude que, enquanto a LEP trata da assistência penitenciária, que compreende a assistência médica, jurídica, psicológica e social, educação e profissionalização, a PNAISP tem como objetivo garantir esse acesso integral, por meio do SUS, para as pessoas privadas de liberdade no sistema prisional. No entanto, sobre a PNAISP, com base no desenho do SUS, ficou demonstrado que:

(...) apresenta falhas na sua execução que dificultam diretamente sua implantação, como a deficiência estrutural, de investimentos e precariedade de insumos. Há apenas uma regular assistência através da distribuição de medicamentos, embora não exista uma contínua regularidade. As condições de superlotação verificadas proporcionam ambientes insalubres do ponto de vista físico, mental e social, tendo como resultado uma disseminação de muitas infecções que demandam uma atenção constante da equipe de saúde. (Oashi, 2018, p. 140)

Acerca da desassistência psiquiátrica, Felicio (2019) concluiu que, em quase todos os estabelecimentos penais, o comparecimento de psiquiatras ocorre esporadicamente, dado preocupante, levando-se em consideração que, só no Estado de São Paulo, 37 (20,90%) das

unidade prisionais apresentam registros de pessoas portadoras de doenças mentais já diagnosticadas, totalizando 1.603 pessoas presas; e 15 (8,47%) dos estabelecimentos penais relatam a existência de potenciais³⁸ pacientes psiquiátricos, totalizando 569 pessoas (Felicio, 2019, p. 222). Estudo que analisou dados sobre a saúde da mulher presa nos Estados de São Paulo e Paraná identificou que “(...) há uma intenção de se garantir o acesso integral à saúde, contudo, este universo ainda é esquecido pelas políticas públicas.” (Reusch, 2016, p. 100).

Em pesquisa realizada nas Comunidades de Atendimento Socioeducativo (CASE), Arruda (2020) apresenta que “(...) das 22 meninas que permaneceram sem liberdade por mais de um ano e meio, somente duas não foram medicalizadas. Todas as meninas com mais de dois anos de internação tiveram, ao menos por algum período, fármaco psicotrópico prescrito” (Arruda, 2020, p. 320). Abdelaziz (2017, p. 9-10) aponta que, na sua atuação enquanto psicóloga na Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDF), percebeu um fator em comum nos atendimentos das mulheres encarceradas, que era o fato delas irem para o atendimento com “(...) uma indicação implícita, tanto da segurança quanto de outras mulheres presas e até mesmo da própria mulher presa, de que o tratamento necessário era o uso de medicação psicotrópica”. A autora sinaliza que eram muitos os pedidos das mulheres de medicação psicotrópica para vários sofrimentos, falta de notícia dos filhos, insônia³⁹, indisciplina, surtos de auto e heteroagressividade, apontando para uma cultura de uso de medicações (Abdelaziz, 2017).

Em pesquisa na Penitenciária Nelson Hungria, em Minas Gerais, Oliveira (2018) identificou que o atendimento psicológico ocorre, prioritariamente, para quem já apresenta algum problema psíquico, denunciando assim que a ausência de acompanhamento terapêutico e a carência de estrutura para tratar da dependência química e de outras questões relacionadas à saúde mental, associadas as péssimas condições do estabelecimento prisional, violações a direitos e violências perpetradas neste ambiente⁴⁰ são fatores que causam impacto psicológico.

³⁸ O autor fala em potenciais pacientes psiquiátricos quando as “doenças mentais são aparentes ou ainda não foram diagnosticadas” (Felicio, 2019, p. 222)

³⁹ “Com relação ao uso de medicações psicotrópicas na PFDF, os ansiolíticos permanecem com maior índice, no caso o Diazepam (76%). O que chama a atenção é o motivo do uso da medicação, a maioria respondeu ser devido a insônia (40%). A insônia pode assumir diversos significados no contexto prisional: uma estratégia de sobrevivência aos riscos iminentes de um lugar como uma prisão; uma consequência das preocupações, medos e expectativas; uma reação à falta de atividades diversas como trabalho, lazer ou estudo; e ainda ocasionada pelas acomodações muitas vezes precárias da instituição” (Abdelaziz, 2017, p. 44)

⁴⁰ “Falta de variedade e baixa qualidade das refeições; diferenças culturais em relação à alimentação das estrangeiras; ausência de estrutura para regular a temperatura de alimentos e bebidas na cela; ausência de água filtrada; custo elevado dos produtos comercializados na cantina, dificultando o acesso a tais itens pela grande maioria de internas; práticas discriminatórias em razão da raça, gênero, religião, orientação sexual e condição de presa; ausência de infraestrutura no espaço reservado para banho de sol; prisão dentro da prisão, com o

Ademais, sobre o adoecimento mental provocado pelo ambiente do cárcere, o referido estudo descreve que as mulheres encarceradas se queixaram do fato de as funcionárias da administração se referirem a elas com o termo “presa”, ao invés de chamá-las por seus nomes, exemplificando com frases do tipo “presa, abaixa a cabeça, mão para trás” (Oliveira, 2018, p. 105). O trato hostil e desumano por parte das funcionárias pode ser visto como um exemplo da mortificação dos corpos e subjetividades, característica das instituições totais (Goffman, 1974):

(...) uma das entrevistadas da Penitenciária Talavera Bruce, evidenciando o impacto psicológico da ambiência hostil do cárcere, disse que há muitas desavenças, palavrões e xingamentos, relatando que ficou apavorada e tremendo ao observar duas mulheres brigarem por causa de um cigarro, tendo uma das presas dado um soco na outra, sendo separadas por outras internas. (Oliveira, 2018, p. 103)

Ainda que o direito à não discriminação no acesso à saúde esteja no marco das discussões da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, que pretende garantir a universalização do SUS à população encarcerada (Magno, 2018), observa-se o não cumprimento e a ineficácia das normas e políticas, diante das violências no ambiente carcerário; das violações aos direitos e garantias fundamentais; das péssimas condições carcerárias; da ausência de acompanhamento terapêutico habitual como fatores que produzem e intensificam o sofrimento psíquico dessas mulheres (Felicio, 2019; Oashi, 2018; Oliveira, 2018; Reusch, 2016). Em pesquisa sobre o direito à saúde, no contexto paraibano, no Centro de Reeducação Feminino Maria Júlia Maranhão, Oashi (2018) apresentou dados que revelam os aparatos normativos apenas como um dever-ser:

As deficientes condições penitenciárias, em particular, no estado da Paraíba, no âmbito do CRFMJM, podem ser expressas pela falta de infraestrutura e de investimentos, com deficiência de atendimento técnico e precariedade de insumos. O que se verifica na realidade é uma regular assistência farmacêutica. O financiamento é considerado ineficiente com dificuldades em

confinamento nas celas quase em tempo integral das internas que não trabalham e não estudam; isolamento, seja como punição disciplinar, seja por solicitação de “seguro”; insalubridade das instalações (infiltração, mofo, pernilongos, mau cheiro dos colchões); água gelada para banho; falta de privacidade, sobretudo nos banheiros de uso coletivo; ociosidade, principalmente em relação às gestantes, que não trabalham, não estudam e não podem exercer atividade física; superlotação; fofoca, discussões, brigas e estresse; palavrões, xingamentos e agressões; reprodução de privilégios sociais na prisão; carência de itens de higiene, que não são distribuídos em quantidade suficiente, como absorventes, papel higiênico etc.; dependência de auxílio material da família, da igreja ou da solidariedade das colegas de cela para suprir as carências do cárcere; impossibilidade de remessa pelos familiares de itens de consumo pelos correios; falta de tratamento humanizado pelas agentes prisionais; brutalidade do tratamento dos funcionários do SOE; lógica do less eligibility” (Oliveira, 2018, p. 138).

acomodar formas diferentes de atenção à saúde entre a secretaria de saúde e a administração prisional. Em relação à equipe de saúde no sistema prisional (ESP), ela ainda não aderiu ao PNAISP, estando em vias de regulação, segundo informações da Coordenadoria de Saúde Prisional. Desse modo não existe incentivo financeiro de custeio mensais para a Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II, no valor de R\$ 19.191,65 (PNAISP, p. 51). (Oashi, 2018, p. 128-129). (...) O setor de saúde, no “Júlia” só tem atendimento pelo período da manhã, não se trabalha com escalonamento de equipes. Em caso de atendimento emergencial, a reeducanda fica à mercê da existência de uma viatura e escolta para levar ao hospital. Existe uma grande dificuldade em relação aos insumos. Foi averiguado in locu que, muitas vezes é o próprio profissional que se preocupa em trazer a medicação e até as luvas. As provisões são fornecidas pela Secretaria de Saúde, juntamente com a Secretaria da Administração Penitenciária. (Oashi, 2018, p. 129)

Observa-se, assim, a continuidade do que se denominou de Estado de Coisas Inconstitucional com a violação massiva de direitos fundamentais da população prisional⁴¹, no bojo do julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n.º 347, pelo Supremo Tribunal Federal (STF). Neste julgamento, concluído em outubro de 2023, no qual foi reconhecida essa violação sistemática de direitos das pessoas presas, após uma série de estudos, pesquisas, e denúncias que permeiam o tema, bem como foi decidido que a União, Estados e Distrito Federal, conjuntamente ao Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Conselho Nacional de Justiça (DMF/CNJ), deverão elaborar planos voltados ao fim deste Estado de Coisas Inconstitucional.

Destaque-se que, ao ratificar que há um Estado de Coisas Inconstitucional, rechaço qualquer pretensão de caminhar por defesas reformistas das prisões ou de criação de mais vagas, conforme consta na própria Tese de julgamento da ADPF 347, como uma das soluções para cessar as violências, tendo em vista que “(...) não há como ‘humanizar’ instituições que historicamente serviram de palco para graves violações de direitos e respondem a um discurso de higienização e violência contra as mulheres”, devendo-se “(...) repensar como o direito penal, enquanto sistema dogmático, tem sido utilizado para a manutenção de internações psiquiátrico-carcerárias” (Correia; Malheiro; Almeida, 2016, p. 325).

Nesse caminhar, é válido retomar a leitura de Basaglia (1985) para compreender que as pessoas institucionalizadas em manicômios ou presídios são, justamente, aquelas que a sociedade ou o Estado se encarregou de excluir das esferas econômica, social e política, tornando-as objetos de violência antes mesmo do aprisionamento manicomial. Assim, a questão

⁴¹ Julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n.º 347, em 2015, pelo Supremo Tribunal Federal.

não é a doença em si, mas quais as condições materiais de vida e as opressões que levaram ao transtorno mental ou ao sofrimento psíquico, sob quais pressupostos são construídos o conceito de loucura, os diagnósticos, as abordagens terapêuticas, para quais finalidades e sobre quais corpos recaem as práticas violentas em saúde mental.

Levantar as normas de direito à saúde mental nos presídios e as lutas antimanicômias para tratar dos psicoativos nas prisões realoca a medicalização como um ponto de entrelaçamento entre a psiquiatria e o direito e, por conseguinte, entre os manicômios e as penitenciárias. Entre saberes e práticas, o presente estado da arte identifica que a população medicalizada nestes ambientes é atravessada pelo racismo, pelo machismo, pela pobreza, pela homofobia e por outros marcadores sociais de opressão, que se acentuam com as condições do aprisionamento, produzindo ou intensificando os transtornos mentais e os sofrimentos psíquicos. Assim como nos manicômios, os psicotrópicos incidem nos corpos afetados, no processo de aprisionamento, pelos transtornos mentais e pelo sofrimento psíquico, enquanto proceder institucional respaldado pela psiquiatria. A medicalização torna-se mais uma forma de punição nas prisões para além daquelas previstas legalmente.

3. ENGENDRANDO OS FIOS DA MEDICALIZAÇÃO NOS CÁRCERES

“(...) Aceitarei os conjuntos que a história me propõe apenas para questioná-los imediatamente; para desfazê-los e saber se podemos recompô-los legitimamente”
Michel Foucault, 2008, p. 29

Para engendrar tais fios sinalizados por Foucault, primeiro apresento a metodologia, métodos e percursos metodológicos adotados, permitindo que o(a) leitor(a) acompanhe os pontos de partida, as pretensões, limites e alcances da presente investigação. Ciente de que não há metodologia ou método capaz de abarcar toda a realidade e variáveis, esta pesquisa, do tipo explicativa, volta-se especialmente às razões do agir Estatal que permeiam a distribuição de medicamentos psicotrópicos em unidades prisionais na Bahia, mapeando os meios, mecanismos e técnicas que fazem a engrenagem funcionar, especialmente, quanto ao presídio feminino. Pautei-me por uma abordagem do problema qualitativa, ainda que presentes um conjunto dados acerca dos medicamentos psicoativos dispensados aos presídios, especificando quantidades e lógica de distribuição, para analisar não somente os indicadores objetivos e suas relações entre si, mas o contexto, discursos e práticas em que os dados estão inseridos.

No decorrer deste capítulo, apresento o *corpus* de pesquisa - relatório de medicamentos psicotrópicos distribuídos a cinco unidades prisionais na Bahia, quais sejam, o Conjunto Penal Feminino, Cadeia Pública de Salvador, Presídio Salvador, Casa do Albergado e Egressos e Hospital de Custódia e Tratamento, durante os anos de 2018 a 2022. Com o suporte do método de coleta de dados da análise documental, depurei e organizei o material, o que me possibilitou tecer as observações preliminares sobre o documento a partir de cinco perspectivas, quais sejam, o contexto, o autor ou os autores, a autenticidade e a confiabilidade do texto, a natureza do texto, os conceitos-chave e a lógica interna do texto (Cellard, 2012). Após o destrinchar do documento de pesquisa, a arqueologia do saber me conduziu, olhar epistemológico para a técnica de análise do discurso, à observação da discursividade que permeia o *locus* de estudo, cujos resultados iniciais encontram-se ao fim deste capítulo.

3.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

Para Moreira (2005, p. 271), a análise documental “compreende a identificação, a verificação e a apreciação de documentos para determinado fim”, constituindo-se, na pesquisa científica, enquanto método - conjunto geral de procedimentos utilizados na investigação - e técnica - já que é um dos recursos possíveis para a coleta de dados. Entendo que a perspectiva de Oliveira (2007, p. 57) aborda com precisão um conceito que destaca a importância da análise documental, ao definir que se trata de “(...) uma série de operações que visam estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem estar relacionados” e, ainda, permite “(...) a passagem de um documento primário (em bruto) para um material secundário (representação analítica do primeiro)”.

Embora desafiador tentar definir o que é documento⁴², para fins deste trabalho, considera-se “(...) todo texto escrito, manuscrito ou impresso, registrado em papel” (Cellard, 2012, p. 297). É possível, ainda, dividir os documentos em dois grandes grupos, quais sejam, documentos públicos ou privados arquivados e documentos públicos ou privados não arquivados, sendo que arquivados são aqueles que estão em depósito de arquivos e podem ser objeto de uma descrição, uma classificação ou um tratamento (Cellard, 2012)⁴³. Os documentos desta pesquisa são públicos arquivados. Conforme se demonstrará adiante, são arquivos governamentais, de difícil acesso, obtidos por meio da Lei de Acesso à Informação e emitidos pela Diretoria de Acompanhamento Biopsicossocial de Internos, da Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização do Governo do Estado da Bahia.

Feitas essas conceituações e classificações, é importante delinear as etapas para realização da análise documental. Em caráter preliminar, procede-se com o exame e a crítica do documento, que ocorre em cinco dimensões: o contexto, o autor ou os autores, a autenticidade e a confiabilidade do texto, a natureza do texto, os conceitos-chave e a lógica interna do texto (Cellard, 2012). O contexto é o momento e o local de produção do documento, bem como a sua conjuntura social, política, cultural e econômica. O documento não está dissociado de um contexto, emerge e é formulado no bojo de algum cenário, que precisa ser

⁴² Conforme leciona Cellard (2012, p. 296-297), “De fato, tudo o que é vestígio do passado, tudo o que serve de testemunho, é considerado como documento ou ‘fonte’, como é mais comum dizer, atualmente. Pode tratar-se de textos escritos, mas também de documentos de natureza iconográfica e cinematográfica, ou de qualquer outro tipo de testemunho registrado, objetos do cotidiano, elementos folclóricos, etc. No limite, poder-se-ia até qualificar de ‘documento’ um relatório de entrevista, ou anotações feitas durante uma observação, etc.”.

⁴³ Para um maior aprofundamento, vide Cellard (2012).

examinado na análise documental. Veja que um prontuário médico, mesmo que considerado um documento objetivo, se produzido no meio de uma guerra ou epidemia, ainda que verse sobre um quadro gripal do paciente, pode trazer dados completamente diferentes daqueles produzidos em um local e tempo sem guerra ou epidemia.

O autor ou autores são aqueles que produziram o documento, seus interesses, motivos, relações com a instituição, se está representando um grupo ou instituição ou manifesta apenas suas convicções pessoais. Um documento pode variar completamente somente em razão de quem o produziu, tendo como um exemplo fácil de entender a sentença proferida no bojo de um processo judicial: em um mesmo contexto, é possível que cada magistrado(a) decida de forma distinta, registrando informações, fundamentos e conclusões diferentes de outro(a) juiz(a). A autenticidade e a confiabilidade do texto dizem respeito à qualidade da informação. Neste ponto, Cellard (2012) entende ser necessário verificar, por exemplo, a procedência dos documentos, a relação entre o autor ou autores e o que descreveram, em quanto tempo ocorreu a descrição, se podem estar enganados e se estavam na posição de relatar as informações constantes no documento.

Por outro lado, a natureza do texto refere-se à constituição, finalidade e estrutura do documento. Por exemplo, um prontuário médico possui estruturação, bases normativas e atende a finalidades distintas de uma sentença. Apresentar a natureza do texto, na pesquisa, é uma forma de mostrar os limites do documento, sobretudo, para que os(as) leitores(as) não esperem informações ou dados que não irão constar no *corpus* de pesquisa. Por fim, temos os conceitos-chave e a lógica interna do texto. Neste ponto, Cellard (2012, p. 303) compreende que se deve avaliar a relevância e o sentido dos conceitos-chave empregados, em consonância com o contexto da produção e, além disto, “examinar a lógica interna, o esquema ou o plano do texto: Como um argumento se desenvolveu? Quais são as partes principais da argumentação?”.

A análise propriamente dita é a etapa seguinte, na qual serão reunidas todas as partes “elementos da problemática ou do quadro teórico, contexto, autores, interesses, confiabilidade, natureza do texto, conceitos-chave” (Cellard, 2012, p. 303). Parte-se, pois, do questionamento inicial, mas sem se restringir a ele, pois outros fatores, indagações, abordagens, elementos inesperados, podem e devem ser acrescentados no decorrer da análise, de modo que a abordagem do problema é indutiva e dedutiva, ampliando as possibilidades da investigação. Saliente-se que esta etapa da análise se confunde com a técnica escolhida para o exame do conteúdo do documento, que é a análise de discurso, abordada no último tópico deste capítulo, ao tempo em que a complementa, pois a análise documental, enquanto método, tornou possível

a coleta de dados e a análise preliminar para um diálogo minucioso com a técnica da análise de discurso.

Delineados tais conceitos e categorias, devo sinalizar uma discordância quanto à Cellard (2012) sobre a análise documental, que, ao concordar com outros autores, entende que é um método de coleta de dados que evita, em parte, possível influência do pesquisador. A pesquisa em deslinde vai em sentido oposto, uma vez que surge de percepções-relatos em meio ao ativismo antiprisional, os pedidos formulados por meio da Lei de Acesso à Informação são, portanto, pensados e direcionados pelo ativismo e a leitura dos documentos obtidos está diretamente relacionada às lentes de análise da pesquisadora.

No próximo tópico, apresento o documento *corpus* de análise e faço a análise preliminar, além do percurso metodológico, ferramenta de pesquisa, dificuldades encontradas no campo e uma breve compilação dos dados encontrados.

3.2 PERCURSOS DE PESQUISA E TEIAS DA GOVERNAMENTALIDADE

A ferramenta utilizada para a realização da pesquisa foi o Sistema de Ouvidoria do Estado da Bahia, por meio do Portal da Transparência, no qual qualquer pessoa pode registrar reclamação, denúncia, elogio ou solicitar informações acerca dos serviços ofertados pelo Governo do Estado baiano. Este canal está alicerçado na Lei de Acesso à Informação (LAI) - Lei n.º 12.527 de 18 de novembro de 2011 - que regula o acesso a informações de dados públicos, ou privados tornados públicos, no Brasil. Trata-se, em resumo, de um “referencial legal de institucionalização da transparência no âmbito público e uma ferramenta que viabiliza a democratização do acesso à informação” (Junior *et al.*, 2019, p. 135).

Conforme demonstrarei a seguir, por meio do percurso metodológico e de forma mais aprofundada no capítulo voltado à discussão teórica, tenta-se implementar uma cultura de acesso à informação ao fornecer meios para que a sociedade tome conhecimento dos dados relativos às ações e aos serviços públicos, que, por outro lado, não acompanha as razões e práticas reais da *governamentalidade*⁴⁴ do Estado⁴⁵ (Foucault, 2023). Esta governamentalidade, ou seja, o exercício de poder do governo perante a população por meio de uma rede de

⁴⁴ A *governamentalidade* (Foucault, 2023) será trabalhada no capítulo seguinte, sendo necessário neste tópico apenas uma conceituação geral para situar os(as) leitores(as).

⁴⁵ Estado deve ser compreendido enquanto prática; uma forma de governar por meio de um conjunto de práticas (Foucault, 2023).

dispositivos, incluindo, os dispositivos de segurança, apoiado no saber da economia política (Foucault, 2023), gerencia os próprios mecanismos para impedir ou dificultar a obtenção de informações públicas. Assim, ao mesmo tempo em que o Estado cria um meio de acesso aos seus dados, constrói também as teias que os mantêm sob sua gestão.

O primeiro pedido de informações foi feito em 21 de setembro de 2022, no qual solicitei a relação de medicamentos psicotrópicos, definidos como fármacos da família dos ansiolíticos, hipnóticos, antidepressivos e antiepiléticos (Varela-Gonzalez *et al.*, 2007, p. 40), que foram enviados, por demanda, às unidades prisionais do Estado da Bahia, nos anos de 2018 a 2022, discriminando-se a relação de medicamentos por ano e unidade prisional. No dia 22 de setembro de 2022, a Ouvidoria Especializada da SEAP sinalizou o encaminhamento do requerimento à Superintendência de Ressocialização Sustentável, na qual seriam adotadas as análises e providências para a solução do meu pedido. No dia 10 de outubro de 2022, a Ouvidoria Especializada da SEAP registrou que o setor competente emitiu a lista dos medicamentos psicotrópicos, dispensados nos conjuntos penais.

O documento em questão foi elaborado pela Farmacêutica, lotada na Central Médica Penitenciária (CMP) da Superintendência de Gestão Prisional da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado da Bahia. Recebi, contudo, a relação com o nome dos medicamentos e a dosagem, por ano, sem a quantidade dos medicamentos fornecidos aos presídios. Em que pese meu recurso interposto no dia 11 de outubro de 2022, solicitando a quantidade de medicamentos, este foi indeferido no dia 13 de outubro de 2022, ao argumento de que a demanda havia sido respondida e sugerindo novo registro junto à Ouvidoria para novo pedido de informação.

Diante disso, no dia 14 de outubro de 2022, precisei fazer uma nova manifestação, na qual solicitei, mais uma vez, além dos nomes dos medicamentos, o quantitativo (unidades, caixas, comprimidos), por unidade prisional e por ano, de 2018 a 2022. No dia 22 de novembro de 2022, obtive como retorno uma relação de medicamentos com a respectiva dosagem e quantidade, contudo, não foi possível estabelecer comparações sobre o consumo de medicamentos entre as unidades, já que alguns estabelecimentos penais não apareceram na lista. Frente a esta situação, ao invés de interpor recurso, decidi ingressar, no dia 21 de março de 2023, com nova manifestação, sendo que desta vez fui ainda mais específica, com exemplos do que deveria constar no documento, de acordo com o pleito.

Interessante anotar o seguinte fluxo entre os órgãos que ocorreu na resposta a esta última demanda. No dia 21 de março de 2023, a Ouvidoria Geral do Estado da Bahia respondeu

que foi encaminhado à Ouvidoria Especializada da Secretaria de Saúde (SESAB), para exame e diligências e, assim, a manifestação foi enviada para o SUS, via integração com o OuvidorSUS. No dia 10 de abril de 2023, foi solicitada a prorrogação do prazo por mais 10 dias, com base no artigo 9º, § 2º, da Lei de Acesso à Informação. No dia 11 de abril de 2023, a Área Técnica de Saúde no Sistema Prisional (ATSSP) respondeu o que se segue:

A OUVIDORIA SUS BAHIA ORIENTA A DEMANDANTE QUE ENTRE EM CONTATO PELO 0800 284 00 11, OPÇÃO 2, PARA QUE SUA DEMANDA SEJA ENCAMINHADA PARA A SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA E RESSOCIALIZAÇÃO (SEAP). ESSA DEMANDA FOI TRABALHADA PELA OUVIDORIA SUS BAHIA E PELA DIRETORIA DE GESTÃO DO CUIDADO:

CONSIDERANDO A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL DO ESTADO DA BAHIA, QUE ATUALMENTE É GERENCIADA PELA SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA E RESSOCIALIZAÇÃO (SEAP), OS DADOS REQUISITADOS NA DEMANDA N° 5224402, SÃO DE RESPONSABILIDADE, REGISTRO E PODEM SER FORNECIDOS PELA REFERIDA SECRETARIA. NO ÂMBITO DE COMPETÊNCIA DESTA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB), DA PROMOÇÃO DAS ARTICULAÇÕES INTERSETORIAIS E INTERINSTITUCIONAIS REFERENTES À IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE (PNAISP), BEM COMO, ARTICULAÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), ESTA ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL SOLICITARÁ À SEAP O REPASSE DAS INFORMAÇÕES QUE CONSTAM NO DOCUMENTO DA OUVIDORIA. (Anexo A, p. 3-4).

Com isso, precisei diligenciar por telefone, por diversas vezes, para que a demanda fosse atendida. Minha solicitação estava perdida entre a SEAP e a Ouvidoria do SUS, números distintos foram gerados e não localizavam meu pedido, tanto que não há resposta nesta última demanda de n.º 2785336, sendo que a última manifestação se refere à citação acima colacionada. No dia 30 de maio de 2023, foi aberta uma nova demanda pela Ouvidoria Geral do Estado da Bahia (OGE), com cópia do meu pedido de informação anterior, encaminhando para a Ouvidoria Especializada da SEAP para adoção das análises e providências quanto à solicitação. No dia 06 de junho de 2023, o setor competente, qual seja, a Superintendência de Ressocialização Sustentável, emitiu resposta, com a relação de medicamentos, dosagem, quantidade, por ano, discriminada por estabelecimento prisional (Anexo B). Este, portanto, é o documento que forma o *corpus* de análise da presente pesquisa.

3.3 CAMPO DE PESQUISA DOCUMENTAL E ANÁLISE PRELIMINAR

Retomando a análise documental, apresento o documento em questão: oriundo da Central Médica Penitenciária da SEAP, foi elaborado por uma farmacêutica, possui 32 folhas, está dividido por ano, de 2018 a 2022, sendo que cada ano foi subdividido em tabelas referentes às unidades prisionais solicitadas - Conjunto Penal Feminino, Cadeia Pública de Salvador, Presídio Salvador, Casa do Albergado e Egressos e Hospital de Custódia e Tratamento, com a relação dos medicamentos distribuídos (com dosagem e quantidade) para estes estabelecimentos. Como dito anteriormente, no item 3.1, na análise documental, em caráter preliminar, deve ser realizado o exame e a crítica do documento, que ocorre em cinco dimensões: o contexto, o autor ou os autores, a autenticidade e a confiabilidade do texto, a natureza do texto, os conceitos-chave e a lógica interna do texto (Cellard, 2012).

3.3.1 Contexto do documento

Quanto ao contexto, temos que o documento foi elaborado em 2023, com dados de 2018 a 2022. Seu recorte temporal atravessa o período de Pandemia da Covid-19 (SARS-CoV-2), entre 2020 e 2021, que alcançou os presídios de forma grave⁴⁶. Segundo relatório produzido pela Rede Justiça Criminal e Ideas Assessoria Popular (2021), a Bahia, com uma população prisional de 13.176 mil presos e 26 estabelecimentos penais, registrou e publicou, por meio da SEAP, até a primeira quinzena de julho de 2021, 2.899 casos positivos de Covid-19, sendo 1.686 servidores e 1.213 internos. A referida pesquisa aponta para a existência de subnotificação dos casos positivos, bem como das mortes provocadas pela Covid-19 no contexto prisional.

Ainda sobre o contexto, destaque-se que as unidades em questão, inclusive a que produziu o documento com a relação de medicamentos, estão sob a tutela da SEAP. Em breve síntese, de acordo com informações coletadas no sítio da citada Secretaria⁴⁷, pode-se dizer que:

⁴⁶ Para mais informações sobre o tema, consultar: <https://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario/covid-19/>; <https://www.covidnasprisoas.com/>; <https://iddd.org.br/covid-19-nas-prisoas-dados-oficiais-medidas-de-prevencao-e-impactos-2020-e-2021/>; <https://deixadosparamorrer.org/website/wp-content/themes/deixados-theme/arquivos/Infovirus-Registros-Denuncias-Final-revA.pdf>; e https://deixadosparamorrer.org/website/wp-content/themes/deixados-theme/arquivos/Infovirus_De_Olho_No_Depen.pdf. Especificamente, sobre os presídios na Bahia: <https://redejusticacriminal.org/covid-19-e-prisoas-a-realidade-baiana/>.

⁴⁷ Para consulta, conferir: <http://www.seap.ba.gov.br/pt-br/unidades>.

I. a Central Médica Penitenciária destina-se ao atendimento médico emergencial de presos(as) das unidades prisionais do Estado da Bahia;

II. a Cadeia Pública de Salvador serve ao recolhimento de pessoas presas da capital baiana e de outras comarcas; a Casa do Albergado e Egresso recolhe presos(as) de Salvador, no cumprimento de penas em regime aberto, penas de limitação de final de semana e em regime semiaberto, de forma provisória, com autorização para trabalhar externamente, bem como pessoas egressas;

III. o Conjunto Penal Feminino volta-se à custódia de mulheres condenadas em regimes fechado e semiaberto da capital baiana e de outras comarcas e de mulheres presas provisórias de Salvador;

IV. o Hospital de Custódia e Tratamento serve ao cumprimento de medidas de segurança de internação e à internação provisória para a realização de perícia;

V. o Presídio de Salvador destina-se aos presos provisórios de Salvador e, em caráter excepcional, de outras comarcas do interior.

Relevante, ademais, situar o(a) leitor(a) quanto à população prisional de cada estabelecimento prisional acima mencionado, tomando-se como parâmetro o dia 12 de dezembro de 2023⁴⁸:

Tabela 1 - População prisional de cinco unidades de Salvador/BA

Unidade Prisional	Provisórios	RF	RSA/INT	RSA/TE	MS	Saída Temporária	Total	Capacidade Nominal	Capacidade Real	Excedente
Casa do Albergado e Egressos			81	3			84	110	82	2
Hospital de Custódia e Tratamento	111(M) + 8(F)				81(M) + 7(F)		207	150	120	87
Conjunto Penal Feminino	39	23	6				68	132	118	-50
Presídio Salvador	296						296	784	236	60
Cadeia Pública de Salvador	817	126	9				952	832	698	254
Legenda										
RF - Regime Fechado										
RSA/INT - Regime Semiaberto/Intramuros										
RSA/TE - Regime Semiaberto/Trabalho Externo										
MS - Medida de Segurança										
M - Masculino										
F - Feminino										

Fonte: Elaboração própria a partir do Anexo C.

Destaque-se que, embora a pesquisa tenha por referência dados de 2018 a 2022, a tabela acima colacionada é de 12 de dezembro de 2023, o que não interfere na correlação de dados, pois, em termos quantitativos, não há variação significativa da população prisional entre

⁴⁸ As informações colacionadas na tabela foram extraídas dos dados estatísticos fornecidos no site da SEAP (Bahia, 2023).

os anos. Em especial, para o exame comparativo entre as unidades, fica evidente que a população prisional feminina é menor que àquelas destinadas aos homens.

3.3.2 Autor(a) ou autores(as) do documento

No que tange ao autor ou autores do documento, este foi elaborado por uma farmacêutica, da Central Médica Penitenciária, a pedido da Superintendência de Ressocialização Sustentável (SRS), por intermédio da Diretoria de Acompanhamento Biopsicossocial de Internos (DABI), sendo que todos os órgãos mencionados acima integram a Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SEAP) do Governo do Estado da Bahia. A SEAP/BA é criada por meio da Lei n.º 12.212 de 04 de maio de 2011⁴⁹, com o escopo de, nos termos do seu artigo 19, “formular políticas de ações penais e de ressocialização de sentenciados, bem como de planejar, coordenar e executar, em harmonia com o Poder Judiciário, os serviços penais do Estado (...)” (Bahia, 2011).

As unidades prisionais em questão integram o sistema penitenciário baiano. Conforme leciona o artigo 29 da Lei n.º 12.212/2011, o Sistema Prisional é constituído por “Presídios, Penitenciárias, Colônias Penais, Conjuntos Penais, Cadeias Públicas, Hospital de Custódia e Tratamento, Casa do Albergado e Egressos, Centro de Observação Penal, Central Médica Penitenciária e Unidade Especial Disciplinar” (Bahia, 2011). A Superintendência de Ressocialização Sustentável (SRS) é um dos Órgãos da Administração Direta da SEAP e está prevista no artigo 19, II, alínea f, da Lei n.º 12.212/2011. No artigo 28 da referida Lei, é dito que este Órgão tem por finalidade “(...) implantar atividades que possibilitem a ressocialização e reabilitação do indivíduo sob custódia, através do desenvolvimento de programas de educação, cultura e trabalho produtivo.” (Bahia, 2011).

A Diretoria de Acompanhamento Biopsicossocial de Internos (DABI) integra a SRS e está prevista no Regimento da SEAP (Decreto n.º 16.457 de 09 de dezembro de 2015). Válido registrar que o decreto estabelece, no artigo 15, II, alínea a, 4, que a SRS, por meio da DABI, deve “(...) estabelecer métodos, planos setoriais e intersetoriais do Serviço Social e do Serviço de Psicologia, como suporte de atuação” (Bahia, 2015), dentre as funções da Coordenação de

⁴⁹ A Lei n.º 12.212 de 04 de maio de 2011 “modifica a estrutura organizacional e de cargos em comissão da Administração Pública do Poder Executivo Estadual, e dá outras providências” (Bahia, 2011).

Avaliação Psicossocial da DABI. Além disto, cabe à Coordenação de Assistência à Saúde da DABI:

1. viabilizar a assistência integral contínua e de boa qualidade, em face das necessidades de saúde da população prisional;
2. contribuir para o controle, enfrentamento e redução de problemas de saúde, ou sanitários, que acometam a população penitenciária;
3. definir e implementar ações e serviços consoante princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS;
4. monitorar, acompanhar e avaliar as unidades de saúde do Sistema Prisional no cumprimento dos procedimentos e das metas estabelecidas pelo Plano Operativo Estadual de Saúde Penitenciária, em conformidade com as normas legais vigentes;
5. organizar, controlar e acompanhar a aquisição de medicamentos, insumos, materiais de consumo e equipamentos necessários para assistência à saúde dos custodiados;
6. articular-se com equipes multiprofissionais das Unidades Prisionais para o planejamento e prestação da assistência à saúde aos internos;
7. analisar os relatórios produzidos pelas unidades de assistência à saúde penitenciária;
8. desenvolver ações educativas específicas, objetivando a conscientização e orientação para prevenção e promoção da saúde do interno;
9. articular-se com as Secretarias Municipais e Estadual e Órgãos Federais de Saúde, visando a inserção das populações prisionais nos programas de saúde pública existentes, observadas as diretrizes do Plano Operativo Estadual de Saúde Penitenciária;
10. manter permanente interlocução e parceria com a Superintendência de Gestão Prisional, especialmente pela permuta de informações e experiências que otimizem o incremento, a implementação e a manutenção dos serviços de saúde em atendimento às populações carcerárias;
11. garantir a manutenção atualizada das informações sanitárias e de saúde referentes a cada um dos estabelecimentos do Sistema (Bahia, 2015).

Feita essa exposição sobre a SEAP, poderia ser indagado sobre quem é o(a) responsável pelo documento, objeto desta pesquisa. No entanto, sob as lentes da técnica de análise do discurso de Foucault, que será trabalhada adiante, entende-se que não é relevante localizar individualmente quem fala, mas identificar o lugar singular daquele sujeito que diz (Foucault, 2008). O documento elaborado pela farmacêutica é, em verdade, de interesse do Estado, não de particular, sendo prescindível portanto a apresentação da autora do relatório de medicamentos ou daqueles que intermediaram a obtenção dos dados, já que são servidores a serviço da instituição - SEAP - que recebeu o meu pleito por informações sobre os psicotrópicos distribuídos às unidades em questão.

3.3.3 Autenticidade e confiabilidade do texto documental

No que pertine à autenticidade e à confiabilidade do texto, alguns fatos ressaltam aos olhos. O primeiro ponto é que, entre o último pedido de informações, protocolado em 21 de

março de 2023, e a resposta com o relatório dos medicamentos, em 06 de junho de 2023, decorreram 02 meses e 16 dias. Outra questão é que não há evidências se existe um arquivo interno para armazenar dados de dispensação de medicamentos para cada unidade ou se este relatório precisou ser construído por meio de coletas a meios distintos, por exemplo, planilhas elaboradas por cada unidade prisional e/ou registros feitos por médicos(as) psiquiatras, agentes penitenciários(as) ou diretores(as) dos presídios.

Ademais, a relação de medicamentos, como se pode ver no Anexo B, tem duas colunas, a primeira destinada ao medicamento e à dosagem e a segunda para a quantidade. Contudo, no caso de alguns medicamentos, na coluna quantidade, após o número, aparece a sigla “COMP”, que indica comprimido. No entanto, em outros casos, aparece o numeral isolado, sem mencionar se o quantitativo se refere a comprimido, à caixa ou à ampola. Tomei como parâmetro que, na ausência da sigla “COMP”, cuida-se também de comprimido, por uma questão de razoabilidade. Vejamos um exemplo de como a informação está disposta no documento:

Quadro 1 - Exemplo da relação entre medicamento/posologia e quantidade

MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	3000
AMITRIPTILINA 25MG	18000 COMP

Fonte: Anexo B, p. 1

Por fim, a relação entre o autor, intermediários e a instituição já foi apresentada em tópico anterior, quando sinalizei que há um interesse público e institucional. A autora, farmacêutica da Central Médica Penitenciária da Bahia, produziu o relatório dos medicamentos dispensados na condição de servidora a serviço da SEAP, diante da demanda de prestação de informações encaminhada por meio do Sistema de Ouvidoria e Gestão Pública do Estado da Bahia.

3.3.4 Natureza do texto

Quanto à estrutura, o texto do relatório apresenta divisão por ano, de 2018 a 2022, sendo que cada ano está subdividido com tópicos referentes ao Conjunto Penal Feminino, Cadeia Pública de Salvador, Presídio Salvador, Casa do Albergado e Egressos e Hospital de Custódia e Tratamento. Para cada unidade, encontra-se uma planilha com duas colunas, conforme já mencionado, a primeira para o nome dos psicotrópicos e a dosagem e a segunda para a quantidade. Abaixo colaciono alguns exemplos:

Quadro 2 - Exemplos de psicotrópicos trazidos no relatório para o CPF

Informamos que no ano de **2018** foram distribuídos os seguintes Psicotrópicos por Unidade solicitada;

- **Conjunto Penal Feminino /**

MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	3000
AMITRIPTILINA 25MG	1800 COMP

Fonte: Anexo B, p. 1

Quadro 3 - Exemplos de psicotrópicos trazidos no relatório para o PS

- **Presídio Salvador**

MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	2465
AMITRIPTILINA 25MG	4930

Fonte: Anexo B, p. 4

Acerca da constituição do documento, já foi explicado que está amparado na Lei de Acesso à Informação, no Sistema de Ouvidoria e Gestão Pública do Estado da Bahia. Por meio

do meu pedido, explicações e exemplos, embora entre protocolos de novas demandas, um recurso e ligações, o relatório de medicamentos foi produzido para atender a esta solicitação.

Assim, chegamos à finalidade do documento, a qual divido em duas óticas: 1) para o Órgão Público, o objetivo é cumprir a LAI e dar publicidade a dados públicos; 2) para a pesquisadora, a finalidade está diretamente relacionada com o problema de pesquisa - qual a razão de governar e quais os dispositivos que se articulam no gerenciamento informações de saúde mental da população prisional e na condução da distribuição de medicalização psicoativa em unidades prisionais de Salvador-BA, no período de 2018 a 2022.

3.3.5 Conceitos-chave e a lógica interna

Trata-se de um documento bem descritivo, conforme demonstrado nos tópicos acima, o que se alinha também ao próprio pedido da pesquisadora. Uma relação de medicamentos psicotrópicos distribuídos a cinco unidades prisionais do Estado da Bahia nos anos de 2018 a 2022. Assim, neste tópico serão delineados alguns conceitos que aparecem no documento. O primeiro conceito é de droga⁵⁰ psicotrópica ou substâncias psicoativas, definidas como “aquelas que atuam sobre o cérebro, modificando o seu funcionamento, podendo provocar alterações no humor, na percepção, no comportamento e em estados da consciência.” (Brasil, 2023). O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), ao definir a palavra psicotrópico, explica que:

Percebe-se claramente que é composta de duas outras: psico e trópico. Psico é fácil de se entender, pois é uma palavrinha grega que relaciona-se a nosso psiquismo (o que sentimos, fazemos e pensamos, enfim, o que cada um é). Mas trópico não é, como alguns podem pensar, referente a trópicos, clima tropical e, portanto, nada tem a ver com uso de drogas na praia! A palavra trópico, aqui, se relaciona com o termo tropismo, que significa ter atração por. Então, psicotrópico significa atração pelo psiquismo, e drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre nosso cérebro, alterando de alguma maneira nosso psiquismo. (CEBRID, 2015).

Essas substâncias psicotrópicas podem ser divididas em três grupos, consoante a atividade que exercem no cérebro: 1) Depressores da Atividade do Sistema Nervoso Central

⁵⁰ De acordo com a Organização Mundial da Saúde (*apud* Brasil, 2023), o termo droga refere-se a “qualquer entidade química ou mistura de entidades que altere a função biológica e possivelmente a estrutura do organismo”. Segundo Silva (Silva, 2010, p. 05), droga é “Qualquer substância química capaz de produzir efeito farmacológico, isto é, provocar alterações somáticas ou funcionais, benéficas (droga-medicamento) ou maléficas (droga-tóxico).”.

(SNC) - álcool, soníferos ou hipnóticos, ansiolíticos, opiáceos ou narcóticos, inalantes ou solventes; 2) Estimulantes da Atividade do SNC - anorexígenos e cocaína; e 3) Perturbadores da Atividade do SNC - mescalina, tetrahydrocannabinol (THC), psilocibina, lírio, dietilamida do ácido lisérgico (LSD-25), 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA), anticolinérgicos (CEBRID, 2015).

No documento de pesquisa, também é possível identificar que as substâncias psicoativas mencionadas, distribuídas nas cinco unidades prisionais, estão inseridas em classes terapêuticas distintas. Extraíu-se do *site* da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), para uma melhor compreensão sobre as possíveis atuações dos psicoativos que se encontram no Anexo B, as seguintes classes terapêuticas:

1. Antiepilépticos/Anticonvulsivantes: Ácido Valpróico; Carbamazepina; Fenitoína; Fenobarbital (Anvisa, 2023).

2. Antipsicóticos: Clorpromazina; Haloperidol; Haloperidol Decanoato; Olanzapina; Risperidona; Amitriptilina (Anvisa, 2023).

3. Antidepressivos: Carbonato de Lítio; Clomipramina; Fluoxetina (Anvisa, 2023).

4. Ansiolítico: Diazepam (Anvisa, 2023).

5. Antiepiléptico/Anticonvulsivante: Clonazepam (Anvisa, 2023)⁵¹.

6. Anti-histamínico: Prometazina (Anvisa, 2023).

7. Anticolinérgico/Antiparkinsonianos: Biperideno (Anvisa, 2023).

⁵¹ Em que pese essa classificação do Clonazepam enquanto Antiepiléptico/Anticonvulsivante feita pela Anvisa (2023) e pelo Ministério da Saúde na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) (Brasil, 2013), a própria bula do medicamento indica seu uso como ansiolítico (Anvisa, 2022). Contudo, este debate será aprofundado no tópico seguinte, voltado à técnica de análise.

Com relação às classes acima mencionadas, adotei a divisão que separa os medicamentos por uso terapêutico, tendo em vista os dados que tive acesso e suas limitações: a relação de medicamentos formulada pela Central Médica Penitenciária, com os nomes das medicações distribuídas às unidades prisionais, e não os diagnósticos/prontuários que levaram à prescrição dos psicoativos, os quais poderiam possibilitar apresentar outras divisões, a partir do exame dos diagnósticos e dos medicamentos prescritos nos casos concretos. Compreendi, ademais, que esta classificação pode ser mais didática para aqueles que não são da área da saúde.

Uma advertência, no entanto, deve ser feita, a partir das lições de Sadock, Sadock e Sussman (2015, p. 23): “Vários medicamentos de uma classe agora são utilizados para tratar problemas anteriormente atribuídos a outra classe. Por exemplo, muitos antidepressivos são também empregados para tratar uma ampla faixa de transtornos de ansiedade”, optando os(as) autores(as) pela divisão por categoria farmacológica, em que cada medicamento é descrito com base nas ações farmacológicas, observando-se, inclusive, a farmacodinâmica e a farmacocinética.

Explanados os conceitos-chaves iniciais, chega o momento da técnica de análise para um exame mais aprofundado e pormenorizado do conteúdo constante no documento de pesquisa.

3.4 TÉCNICA DE ANÁLISE

Nessa etapa, situa-se a análise propriamente dita, com as leituras e as reflexões que se seguem após destrinchar completamente o material de pesquisa sob diversos aspectos. Guia-se a partir do problema inicial, mas nenhum(a) pesquisador(a) deve se restringir a ele diante das reformulações e acréscimos necessários oriundos dos dados que se apresentam. É, especialmente, nesse momento que encontramos o espírito da pesquisa: saber que a cada passo do pesquisar novos entrelaçamentos, questionamentos e entendimentos podem surgir. Conforme Cellard:

(...) é esse encadeamento de ligações entre a problemática do pesquisador e as diversas observações extraídas de sua documentação, o que lhe possibilita formular explicações plausíveis, produzir uma interpretação coerente, e

realizar uma reconstrução de um aspecto qualquer de uma dada sociedade, neste ou naquele momento. (Cellard, 2012, p. 304).

Para esse exame imersivo sobre os discursos que formam e atravessam o documento de pesquisa, empreendi como técnica de estudo do *corpus* de pesquisa a análise arqueológica do discurso. Em *Arqueologia do Saber*, Foucault constrói ferramentas conceituais-metodológicas para o exame do discurso sob a perspectiva da arqueologia, sendo esta “(...) uma análise comparativa que não se destina a reduzir a diversidade dos discursos nem a delinear a unidade que deve totalizá-los, mas sim a repartir sua diversidade em figuras diferentes (...) não tem um efeito unificador, mas multiplicador.” (Foucault, 2008, p. 180).

Trata-se de uma análise que não se resume à língua (a examinar puramente a gramática), mas orienta-se, por exemplo, pelo questionamento “(...) como apareceu um determinado enunciado, e não outro em seu lugar?” (Foucault, 2008, p. 30). Na obra citada, o autor define discurso como um “(...) conjunto de enunciados, na medida em que se apóiem na mesma formação discursiva” (Foucault, 2008, p. 132), que se constitui enquanto “(...) fragmento de história, unidade e descontinuidade na própria história” (Foucault, 2008, p. 133). Dito isto, importante trazer alguns conceitos que aparecem nestas definições, sendo o primeiro deles o de enunciado:

(...) é uma função de existência que pertence, exclusivamente, aos signos, e a partir da qual se pode decidir, em seguida, pela análise ou pela intuição, se eles "fazem sentido" ou não, segundo que regra se sucedem ou se justapõem, de que são signos, e que espécie de ato se encontra realizado por sua formulação (oral ou escrita) (...) ele não é em si mesmo uma unidade, mas sim uma função que cruza um domínio de estruturas e de unidades possíveis e que faz com que apareçam, com conteúdos concretos, no tempo e no espaço. (Foucault, 2008, 98).

A função enunciativa pode ser percebida enquanto uma linha condutora entre os discursos e seu surgimento material. Quando apresentei a questão inicial, por que temos o aparecimento de tal enunciado e não de outro? No campo desta pesquisa: por qual razão se enunciam terminologias de transtorno mental quando há uma dada realidade de condições materiais de existência, raça, classe, gênero, orientação sexual, que causam sofrimento psíquico? Qual o enunciado que aparece quanto às violências psicológicas vivenciadas pelas pessoas em situação de cárcere? Há no enunciado que vai a superfície uma função que o materializa.

Essa função do enunciado possui quatro características intrínsecas de existência. De acordo com Foucault (2008), tem-se 1) o referencial: que imprime ao enunciado a

imprescindibilidade das correlações (ao invés de uma subsistência por si próprio) e estrutura o lugar, a condição, o campo, as diferenciações dos indivíduos, objetos, estados de coisas e das relações em jogo; 2) a posição-sujeito: que não se confunde com o autor, trata-se da posição que deve ocupar para ser sujeito de dado enunciado; 3) o campo enunciativo: segundo o qual o enunciado deve estar associado a um domínio, supõe e sobrepõe-se a outros, em um campo coexistências, que multiplicam-se e acumulam-se; 4) a existência material: que é a materialização física do enunciado, no tempo e espaço, numa superfície registrável.

No conceito de discurso apresentado inicialmente, o autor fala em formação discursiva, que é o “(...) sistema enunciativo geral ao qual obedece um grupo de performances verbais - sistema que não o rege sozinho, já que ele obedece, ainda, e segundo suas outras dimensões, aos sistemas lógico, linguístico, psicológico” (Foucault, 2008, p. 131). Nos deparamos com uma formação discursiva quando é possível descrever em uma certa amostra de enunciados “(...) semelhante sistema de dispersão⁵², e no caso em que entre os objetos, os tipos de enunciação, os conceitos, as escolhas temáticas, se puder definir uma regularidade (uma ordem, correlações, posições e funcionamentos, transformações)” (Foucault, 2008, p. 43).

A partir destas compreensões, passo a delinear a ferramenta conceitual-metodológica de análise. Diante do entendimento de dispersão dos enunciados, examino os discursos sob suas regras de formação, que são os termos a que estão subordinados “(...) os elementos dessa repartição (objetos, modalidade de enunciação, conceitos, escolhas temáticas) (...) são condições de existência (mas também de coexistência, de manutenção, de modificação e de desaparecimento) em uma dada repartição discursiva.” (Foucault, 2008, p. 43). Assim, para Foucault (2008), as direções de análise que correspondem aos domínios em que se executa a função enunciativa são:

1) *A formação dos objetos* que ocorre por meio a) da ação de *superfícies de emergência* (as condições e circunstâncias e possibilidades históricas de surgimento dos discursos); b) das *instâncias de delimitação* (instituições que definem os objetos); c) das *grades de especificação* (sistemas de categorização/classificação/associação);

2) *A formação das modalidades enunciativas* que compreende a) quem fala, o *status* de quem tem o direito de enunciar, com base nas definições de competência, saber, instituições e normas, e as diferenciações e as relações entre outros sujeitos ou grupos; b) os

⁵² Por sistemas de dispersão, vê-se os enunciados a partir das discontinuidades, rupturas, repartições e heterogeneidades que lhes são próprias (Foucault, 2008).

lugares de obtenção dos discursos, objetos e instrumentos; c) a posição do sujeito na rede de informações;

3) *A formação dos conceitos* que apreende a) as *formas de sucessão*, as múltiplas ordenações das séries enunciativas, os variáveis tipos de correlação e os diversos esquemas retóricos; b) as *conformações da coexistência*, que estabelecem os campos de presença e concomitância e o domínio de memória; c) os *procedimentos de intervenção* (técnicas, métodos e modos utilizados para delinear as formações discursivas, por exemplo, as técnicas de escrita);

4) *A formação das estratégias* que são os temas e teorias, a partir dos jogos entre as relações, que funcionam como regras na formação dos objetos, dos conceitos e dos procedimentos de intervenção.

De posse dessas categorias descritivas-metodológicas, os discursos que emanam do documento de pesquisa também devem ser estudados, segundo Foucault (2008), quanto 1) aos pontos de incongruência, de correspondência e pontos de junção de uma sistematização; 2) aos jogos possíveis do que é e do que poderia ser; 3) à *economia da constelação discursiva*, ou seja, o papel que é capaz de desempenhar. Veja-se que não se busca uma mera descrição da literalidade do que está colocado, mas as redes, regras e relações que se articulam para que tenhamos esta superfície discursiva e não outra.

Essas lentes de análise possibilitam captar, no caso desta pesquisa, quais contextos e possibilidades históricas, instituições e categorias que formam os sujeitos-objetos da medicalização; quem enuncia, de que local e a posição nas discursividades prisionais-medicamentosas; como os enunciados psiquiátricos sucedem, coexistem e intervêm na rede discursiva; quais os temas e teorias que se estabelecem com esses jogos relacionais e de diferenciação das regras; os porquês da circulação de determinados medicamentos psicotrópicos nos presídios; quais as articulações entre o saber psiquiátrico posto e a medicalização em prisões; que relações se estabelecem e deixam de se formar, quais as incongruências e correspondências entre as normas sobre saúde mental nos presídios e a medicalização, ou seja, todos os encadeamentos possíveis que se estabelecem como prática discursiva.

Este último conceito mencionado, de prática discursiva, é um “(...) conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa.” (Foucault, 2008, p. 133), é o que toma “(...) corpo em

técnicas e em efeitos” (Foucault, 2008, p. 217). Se a função enunciativa é o aparecimento do enunciado, a prática discursiva aparece como o intercâmbio de todos os elementos, objetos, sujeitos, conceitos, procedimentos de intervenção, teorias, temas, historicamente localizados, em determinado tempo-espaço, formando olhar-ação sobre o mundo.

Na Arqueologia do Saber, Foucault (2008) prossegue fornecendo princípios para a realização da análise dos enunciados e das formações discursivas: 1) nem tudo é dito; 2) estudamos o que emerge até o limite do que está posto, cientes de que diversas possibilidades não surgiram; 3) os enunciados estão postos tal como se apresentam e, por isso, ocupam uma posição única cujo local deve ser apresentado; 4) os enunciados permeiam o tempo e permanecem introjetados. Este último princípio revela com precisão a importância de estudarmos os enunciados:

Essa raridade dos enunciados, a forma lacunar e retalhada do campo enunciativo, o fato de que poucas coisas, em suma, podem ser ditas, explicam que os enunciados não sejam, como o ar que respiramos, uma transparência infinita; mas sim coisas que se transmitem e se conservam, que têm um valor, e das quais procuramos nos apropriar; que repetimos, reproduzimos e transformamos; para as quais preparamos circuitos preestabelecidos e às quais damos uma posição dentro da instituição; coisas que são desdobradas não apenas pela cópia ou pela tradução, mas pela exegese, pelo comentário e pela proliferação interna do sentido. (Foucault, 2008, p. 136)

Vê-se, pois, que a análise do campo discursivo trata de entender o enunciado em sua existência singular e limitada, bem como de “determinar as condições de sua existência, de fixar seus limites da forma mais justa, de estabelecer suas correlações com os outros enunciados a que pode estar ligado, de mostrar que outras formas de enunciação exclui.” (Foucault, 2008, p. 31). Nestes termos, ao decorrer do texto, retiro do meu *corpus* de pesquisa o que ele me fornece, ciente de suas limitações e alcances, e apresento seus elementos, refazendo o que é dito a partir das interrelações entre os elementos que emergem do documento, dos entrecruzamentos entre dados e conceituações, e revelando as práticas discursivas.

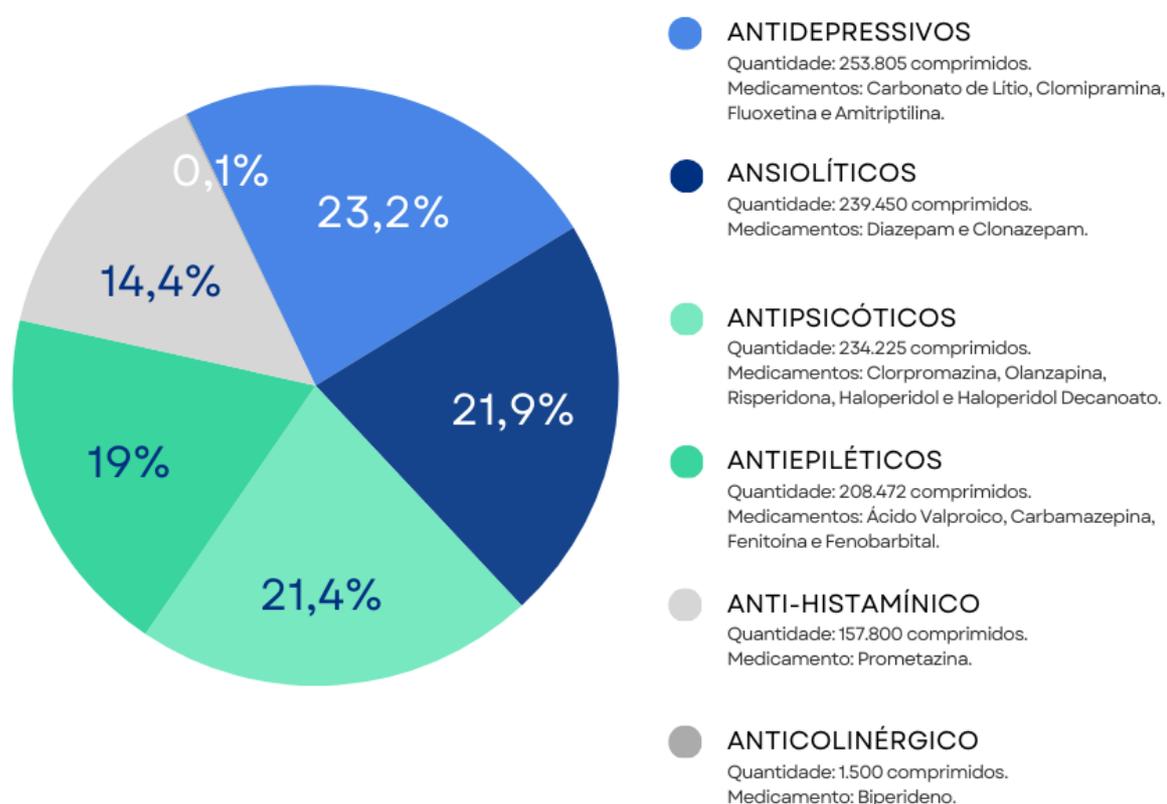
Procuo, pois, analisar as questões que aparecem neste campo dos discursos, perguntando-lhes “Que são? Como defini-las ou limitá-las? A que tipos distintos de leis podem obedecer? De que articulação são suscetíveis? A que subconjuntos podem dar lugar? Que fenômenos específicos fazem aparecer no campo do discurso?” (Foucault, 2008, p. 34). Ao longo do trabalho, portanto, olho para determinados saberes com desconfiança, questiono os discursos que ressoam objetivos, verdadeiros e comprovados, pergunto aos termos técnicos o

que dizem, jogo com dados que respondem algumas perguntas e outros que despejam ainda mais dúvidas.

3.5 EXPOSIÇÃO DOS PRIMEIROS DADOS

No Apêndice I, planilha construída a partir dos dados do Anexo B, é possível contabilizar 1.095.252 comprimidos de medicamentos psicoativos distribuídos ao Conjunto Penal Feminino, à Cadeia Pública, ao Presídio Salvador, à Casa do Albergado e Egressos e ao Hospital de Custódia e Tratamento, entre os anos de 2018 e 2022. Deste total, tem-se as seguintes proporções por classe terapêutica:

Gráfico 1 - Distribuição de substâncias psicoativas por categoria e quantidade⁵³

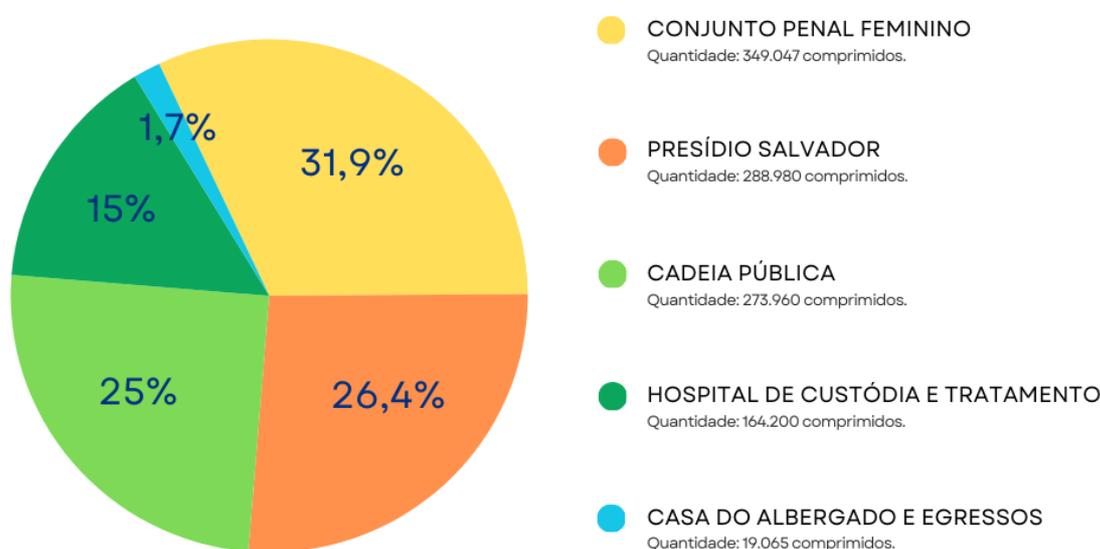


Fonte: Elaborado pela autora com base no Anexo B.

⁵³ Em que pese a classificação da Anvisa (2023) do Clonazepam enquanto anticonvulsivante, será explicado ainda neste tópico, no item “c) Benzodiazepínicos com função ansiolítica”, as razões pelas quais este medicamento está abarcado no grupo dos ansiolíticos.

Quanto à distribuição total de medicamentos psicotrópicos por unidade prisional, considerando os anos de 2018 a 2022, constata-se o seguinte panorama: maior dispensação de psicoativos para o Presídio Feminino; em segundo lugar, está o Presídio Salvador, destinado aos presos provisórios; em terceiro, tem-se a Cadeia Pública, com a maior população prisional em comparação com as outras unidades em análise; em quarto, vê-se o Hospital de Custódia e Tratamento e; em quinto lugar, está a Casa de Albergado e Egressos:

Gráfico 2 - Distribuição de psicoativos por unidade prisional e por quantidade



Fonte: Elaborado pela autora com base no Anexo B.

Especificamente, aferiu-se, em cada unidade, de 2018 a 2022, a quantidade de psicoativos por classe, em ordem decrescente de distribuição:

1. Conjunto Penal Feminino: 1) Ansiolítico (91.850 comprimidos); 2) Antidepressivos (88.300 comprimidos); 3) Antiepilépticos (67.847 comprimidos); 4) Anti-histamínicos (57.000 comprimidos); 5) Antipsicóticos (44.050 comprimidos).

2. Presídio Salvador: 1) Antipsicóticos (75.450 comprimidos); 2) Ansiolíticos (61.700 comprimidos); 3) Antidepressivos (60.789 comprimidos); 4) Antiepilépticos (46.041 comprimidos); 5) Anti-histamínicos (45.000 comprimidos).

3. Cadeia Pública: 1) Antipsicóticos (78.170 comprimidos); 2) Antidepressivos (64.096 comprimidos); 3) Ansiolíticos (48.300 comprimidos); 4) Antiepilépticos (47.394 comprimidos); 5) Anti-histamínicos (36.000 comprimidos).

4. Hospital de Custódia e Tratamento: 1) Antiepilépticos (43.800 comprimidos); 2) Antidepressivos (36.200 comprimidos); 3) Ansiolíticos (34.000 comprimidos); 4) Antipsicóticos (31.900 comprimidos); 5) Anti-histamínicos (16.800 comprimidos).

5. Casa do Albergado e Egressos: 1) Antipsicóticos (4.655 comprimidos); 2) Antidepressivos (4.420 comprimidos); 3) Ansiolíticos (3.600 comprimidos); 4) Antiepilépticos (3.390 comprimidos); 5) Anti-histamínicos (3.000 comprimidos).

Apurou-se que, nos presídios masculinos no Brasil, os antipsicóticos aparecem como a classe mais consumida (Almeida; Lima; Morais, 2018), o que está de acordo com os achados desta pesquisa. Todavia, há dados sobre um maior consumo de ansiolíticos (benzodiazepínicos) seguido dos antidepressivos (Feitosa *et al.*, 2019). Já nas prisões femininas do país, há estudos que reportam para os ansiolíticos como os mais utilizados (Abdelaziz, 2017; Figueiró *et al.*, 2015), especialmente, os benzodiazepínicos, com destaque para o Clonazepam de 2mg (Feitosa *et al.*, 2019), encontrando eco nesta pesquisa.

Os caminhos percorridos até aqui desvelaram os obstáculos para o acesso a dados sobre o consumo dos psicoativos nos presídios. Contudo, constatou-se que há uma circularidade destes psicotrópicos, fazendo parte de um proceder institucional. Verificou-se, também, que antidepressivos, ansiolíticos e antipsicóticos, respectivamente, são as classes de psicoativos de maior circularidade nas unidades pesquisadas, sendo que cada presídio tem uma classe terapêutica principal. Por fim, observou-se uma maior destinação destes medicamentos ao Conjunto Penal Feminino e ao Presídio Salvador, unidade para presos provisórios.

Os percursos metodológicos, desta maneira, as escolhas teórico-metodológicas e os resultados iniciais e mais gerais da pesquisa nos levam para os próximos passos de uma pesquisa que, localmente situada, busca identificar no todo, nas redes de poder, saberes, mecanismos, técnicas, tecnologias, e dispositivos, a medicalização nos cárceres.

4 CONDUÇÃO DE CONDUTAS, DISPOSITIVOS DE GÊNERO E DE RACIALIDADE E OS PSICOTRÓPICOS NOS CÁRCERES

“Até que ponto reproduzimos a colonialidade do poder, do saber e do ser quando a raça, a classe, a sexualidade são convertidas somente em categorias analíticas ou descritivas que não nos permitem fazer uma relação entre essas realidades com uma ordem mundial capitalista moderna-colonial?”

Curiel (2019, p. 45)

Diante dos resultados gerais e iniciais, faz-se necessária uma incursão acerca dos discursos que atravessam o documento de pesquisa; para além da constatação de dados, a articulação com o contexto social e político, as razões de ser, as tecnologias, os mecanismos, os dispositivos, as técnicas, os saberes, que consomem e fabricam dada realidade e nos trazem ao campo discursivo esses dados. O primeiro conceito a ser trabalhado é o de governamentalidade, brevemente, delineado no capítulo anterior, quando abordei a gestão de informações pelo Estado e a dificuldade de acesso a dados públicos.

A minha proposta não é delinear a teoria desenvolvida por Foucault (2023) quanto ao nascimento da governamentalidade e suas transformações no tempo até a nova governamentalidade, sob pena de aprofundamentos que não dialogam diretamente com o meu problema de pesquisa: quais os dispositivos que se articulam no gerenciamento das informações de saúde mental da população prisional e na distribuição dos medicamentos psicoativos no Conjunto Penal Feminino de Salvador-BA, no período de 2018 a 2022⁵⁴, em comparação a outras unidades prisionais masculinas da capital baiana.

Trata-se, portanto, de apresentar um panorama geral, macro, do agir Estatal, para situar a segunda categoria de análise: o dispositivo de segurança, quando abordarei as dinâmicas próprias que permeiam as interações entre raça, gênero, classe, loucura, manicomialização, aprisionamento, sofrimento psíquico e medicalização. Assim, exponho as definições e características da governamentalidade, razão de Estado, dispositivo e população, traço suas correlações, bem como situo a nova ótica de análise do poder: a governamentalidade atuando por meio das tecnologias de segurança.

⁵⁴ A escolha do recorte temporal justifica-se pela ocorrência da Pandemia de covid-19, que também adentrou à realidade prisional, de modo a capturar dois anos antes (2018 e 2019), o período gravoso da Pandemia (2020 e 2021) e um ano após (2022). De acordo com Saavedra *et al.* (2022), dentre as possibilidades para compreender o impacto da pandemia da covid-19 na saúde mental, é mapear a distribuição de medicamentos psicotrópicos, o que pode ser uma importante ferramenta no campo da saúde pública.

Essa lente conceitual de análise me é útil em três aspectos, que serão trabalhados em seguida: primeiro, para demonstrar que o agir estatal não é mera causalidade posta, mas é um exercício de poder articulado aos saberes, instrumentos e técnicas, o que se nota quanto à gestão de informações pelo Estado; segundo, para desvelar as práticas coordenadas por regimes de verdade sob a perspectiva da governamentalidade; em terceiro, para localizar o dispositivos de racialidade (Carneiro, 2023) e de gênero, este último partindo do dispositivo de sexualidade (Foucault, 1999) e agregando as especificidades de gênero, para compreender as dinâmicas da medicalização nas unidades prisionais baianas na produção do sofrimento psíquico.

Os dados obtidos na pesquisa contidos na relação de medicamentos psicotrópicos distribuídos ao Conjunto Penal Feminino, ao Presídio Salvador, à Cadeia Pública, à Casa de Albergado e ao Hospital de Custódia e Tratamento serão discutidos no bojo das interações entre os dispositivos de segurança e, especialmente, os de racialidade e gênero. As prescrições e diagnósticos em psiquiatria, bem como os antidepressivos, ansiolíticos e antipsicóticos, classes de psicoativos distribuídas nos presídios foram destacados para um maior aprofundamento das práticas medicamentosas que estão em circularidade nos presídios.

4.1 GOVERNAMENTALIDADE ENQUANTO GRADE DE ANÁLISE

O termo governamentalidade, concebido por Michel Foucault, é apresentado na obra *Segurança, Território e População*, curso dado no Collège de France (1977-1978). O autor inicia o curso com a perspectiva de estudar o biopoder, delineado em outras obras⁵⁵, definindo-o como o agrupamento “dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder” (Foucault, 2023, p. 3). Embora Foucault (2023) mencione, na introdução, que irá discorrer sobre o biopoder, deixa de lado esta terminologia e se encaminha para uma analítica das relações de poder, propondo investigar os mecanismos de poder e as repercussões do saber e, sobretudo, examinar a tecnologia em que os mecanismos estão inseridos para identificar o estabelecimento de determinada ordem.

Destaque-se que, em uma acepção mais atual, Foucault (2023, p. 4) compreende o poder como “(...) um conjunto de mecanismos e de procedimentos que têm como papel ou

⁵⁵ O conceito aparece anteriormente na obra *História da Sexualidade I: a vontade de saber* (Foucault, 1988) e *Em Defesa da Sociedade* (Foucault, 2010).

função e tema manter - mesmo que não o consigam - justamente o poder” e, por mecanismos de poder, a “parte intrínseca de todas essas relações”, o efeito e a causa em circularidade. Esta percepção sobre o poder enquanto rede de forças aparece no momento em que passa a não operar mais - ou tão somente - em termos relacionais entre as figuras do soberano e do súdito, na sociedade de tipo feudal. Surge nas reformulações daquele poder imposto sobre o território, de modo absoluto pelo soberano, para aquele que age nos corpos, em vigilância, com eficácia, calculado, que é o disciplinar (Foucault, 2010).

É nesta analítica do poder que o autor segue para o tema da segurança, questionando se é possível falar no surgimento de uma tecnologia⁵⁶ de segurança a partir do século XVIII, no Ocidente, a qual não exclui as tecnologias de soberania, disciplinar e biopoder - e seus mecanismos e dispositivos⁵⁷ próprios -, mas apreende, reformula e amplia todos eles. Para tanto, Foucault (2023) faz um deslocamento no ponto de partida, explorando o aparecimento de uma ordem de segurança, a história e os atravessamentos das tecnologias, no âmbito do governo. Assim, debruça-se sobre a “emergência do Estado, como objeto político fundamental, no interior de uma história mais geral, que é a história da governamentalidade, ou ainda, se vocês preferirem, no campo das práticas de poder.” (Foucault, 2023, p. 331).

Em outros termos, o autor se propõe a traçar a história da governamentalidade⁵⁸, ou seja, “a história da razão de Estado, a história da *ratio* governamental” (Foucault, 2023, p. 479). A razão de Estado é justamente o que coloca o Estado enquanto “princípio de leitura da realidade (...) como objetivo e como imperativo” (Foucault, 2023, p. 385). Refere-se ao próprio Estado, sem se definir por qualquer outro elemento; é o conhecimento que permite cercar essa razão e obedecê-la, associando conhecimento e prática; volta-se à ampliação do Estado no sentido de aperfeiçoar o que já é, suas características e instrumentos, para conservar, e não modificar⁵⁹. A nova razão governamental é o que desponta no século XVIII e será estudada pelas lentes da governamentalidade (Foucault, 2023). No curso Nascimento da Biopolítica, entre os anos 1978 e 1979, o autor mostra que seu giro de análise com a governamentalidade debruça-se sobre:

⁵⁶ Leia-se, inicialmente, como uma racionalidade que vincula, uma razão prática associada a determinado domínio.

⁵⁷ Os dispositivos serão abordados no próximo tópico, mas compreenda-se, resumidamente, como uma composição entre os ditos e não ditos (Foucault, 1979).

⁵⁸ Na obra, o autor leciona que um título mais exato para esse curso não seria “segurança, território e população”, mas o que nomeia como história da “governamentalidade” (Foucault, 2023, p. 146).

⁵⁹ No curso Nascimento da Biopolítica, Foucault (2008b, p. 06) resume como “uma prática, ou antes, uma racionalização de uma prática que vai se situar entre um Estado apresentado como dado e um Estado apresentado como a construir e a edificar”.

a arte de governar, isto é, a maneira pensada de governar o melhor possível e também, ao mesmo tempo, a reflexão sobre a melhor maneira possível de governar (...) a instância da reflexão na prática de governo e sobre a prática de governo (...) a maneira como se estabeleceu o domínio da prática do governo, seus diferentes objetos, suas regras gerais, seus objetivos de conjunto, a fim de governar da melhor maneira possível. (Foucault, 2008b, p. 04).

Expostas essas considerações iniciais sobre o ponto de partida, a governamentalidade, em seu aspecto político⁶⁰, pode ser compreendida a partir de três ângulos que se complementam: 1) as instituições e suas práticas, que incorpora como principal saber a economia política, age por meio dos dispositivos de segurança e exerce poder sobre a população; 2) uma força contínua no Ocidente que conduziu ao destaque deste tipo de poder - governo - sobre outros (soberania e disciplina), elaborando instrumentos específicos de governo e saberes; 3) o processo do Estado de justiça da Idade Média se tornar governamentalizado (Foucault, 2023). A partir desse horizonte, situa-se e observa-se:

(...) o movimento que faz a população aparecer como um dado, como um campo de intervenção, como a finalidade das técnicas de governo, [enfim] o movimento que isola a economia como domínio específico de realidade e a economia política ao mesmo tempo como ciência e como técnica de intervenção do governo nesse campo de realidade. (Foucault, 2023, p. 145).

Dentro dessa ótica, para Foucault (2023), o Estado é uma prática; é o que existe e o que ainda não existe completamente; uma realidade descontinuada; o “correlato de uma certa maneira de governar” (Foucault, 2008b, p. 09); uma “peripécia da governamentalidade” (Foucault, 2023, p. 332). Com isto, o autor recusa a conceber o Estado como um ente neutro, universal, unidade individualizante, dotado de essência e fonte autônoma de poder, opondo-se a ter como prisma de análise a natureza, as funções e a estrutura do Estado; e coloca-o como um “efeito móvel de um regime de governamentalidades múltiplas” (Foucault, 2008b, p. 106), uma maneira de fazer e pensar. Pode-se compreender, nesta perspectiva de análise do Estado, que os objetos de estudo do autor durante a sua trajetória não excluíram os efeitos dos

⁶⁰ Foucault (2004, p. 306-307) chama atenção posteriormente que procurou desenvolver, em seus trabalhos, o sentido ético-político do termo - a governamentalidade de si -, explicando-nos que “a análise da governamentalidade - isto é, a análise do poder como conjunto de relações reversíveis - deve referir-se a uma ética do sujeito definido pela relação de si para consigo. Isto significa muito simplesmente que, no tipo de análise que desde algum tempo busco lhes propor, devemos considerar que relações de poder/governamentalidade/governo de si e dos outros/relação de si para consigo compõem uma cadeia, uma trama e que é em torno destas noções que se pode, a meu ver, articular a questão da política e a questão da ética.” (Foucault, 2006, p. 306- 307).

mecanismos estatais, mas alocaram-nos justamente como possibilidades de identificar a “estatização progressiva, certamente fragmentada, mas contínua, de certo número de práticas, de maneiras de fazer e, se quiserem, de governamentalidades.” (Foucault, 2008b, p. 105)⁶¹.

O governo é percebido como uma relação de condução, governar é conduzir condutas⁶² (Foucault, 2023) e, de acordo com a razão de Estado, é “(...) fazer que o Estado possa se tornar sólido e permanente, que possa se tornar rico, que possa se tornar forte diante de tudo o que pode destruí-lo” (Foucault, 2008b, p. 06). A população, por sua vez, a quem se dirige esse ato de governar, emerge e ganha destaque, sendo “tudo o que vai se estender do arraigamento biológico pela espécie à superfície de contato oferecida pelo público” (Foucault, 2023, p. 101), considerando o aspecto biológico aquele que surge quando o gênero humano desponta como espécie entre as espécies vivas e o aspecto público a dimensão da população em suas opiniões, hábitos, preconceitos, modos de agir e sobre a qual se intervém pela educação, campanhas, convencimentos. Não é, portanto, uma coleção de sujeitos jurídicos⁶³, mas um “conjunto de elementos, no interior do qual podem-se notar constantes e regularidades nos acidentes” (Foucault, 2023, p. 100).

É em torno, para e sobre essa população - com a junção das múltiplas variáveis, problemas técnicos, políticos e jurídicos, causalidades, acidentes - que vai ser concebido um saber de governo associado ao saber relativo aos processos que o permeiam, denominado por economia, e a arte de governar transmuda-se para a ciência política (Foucault, 2023). Ocorre, pois, uma assimilação dessa rede incessante e multifacetada de relações “(...) entre a população, o território e a riqueza que se constituirá uma ciência chamada ‘economia política’ e, ao mesmo tempo, um tipo de intervenção característica do governo, que vai ser a intervenção no campo

⁶¹ A seguir, veja-se na íntegra a passagem em que Foucault (2008, p. 105) explica que seus objetos de pesquisa foram formas de identificar esse fazer e pensar que é o Estado, de forma a elucidar justamente o seu giro com a abordagem da governamentalidade, uma lente da qual decorrem as demais fotografias do pensamento do autor, que assim lecionou “Quer se trate da loucura, quer se trate constituição dessa categoria, desse quase objeto natural que é a doença mental, quer se trate também da organização de uma medicina clínica, quer se trate da integração dos mecanismos e das tecnologias disciplinares no interior do sistema penal, seja como for tudo isso sempre foi a identificação da estatização progressiva, certamente fragmentada, mas contínua, de certo número de práticas, de maneiras de fazer e, se quiserem, de governamentalidades.”

⁶² Na junção dos aspectos político e ético-político da governamentalidade (vide nota n. 50), Foucault (1993, p. 207) denomina governo como “O ponto de contacto do modo como os indivíduos são manipulados e conhecidos por outros encontra-se ligado ao modo como se conduzem e se conhecem a si próprios.”

⁶³ Na emergência da população, que não significa uma passagem de era ou substituição de poderes e técnicas, Foucault (2023, p. 106) afirma que “A partir do momento em que, ao contrário, como *vis-à-vis* não da soberania, mas do governo, da arte de governar, teve-se a população, creio que podemos dizer que o homem foi para a população o que o sujeito de direito havia sido para o soberano”.

da economia e da população” (Foucault, 2023, p. 143). A aparição desse fenômeno e suas transmutações pode ser capturada na seguinte passagem:

(...) a partir do momento em que se pôde fazer entrar, no campo não apenas da teoria, mas também da prática econômica, esse novo sujeito, novo sujeito-objeto que é a população, e isso sob seus diferentes aspectos, aspectos demográficos, mas também como papel específico dos produtores e dos consumidores, dos proprietários e dos que não são proprietários, dos que criam lucro e dos que recolhem o lucro, creio que a partir do momento em que se pôde fazer entrar no interior da análise das riquezas o sujeito-objeto que é a população, com os efeitos de subversão que isso pôde ter no campo da reflexão e da prática econômicas, então parou-se de fazer a análise das riquezas e abriu-se um novo domínio de saber, que é a economia política (Foucault, 2023, p. 103).

Nesse aspecto, segundo Foucault (2023, p. 105), o “operador de transformação” que passa os conjuntos de saberes para as ciências da vida, do trabalho, da produção das línguas, é a população, em “(...) um jogo incessante entre as técnicas de poder e o objeto destas que foi pouco a pouco recortando no real, como campo de realidade, a população e seus fenômenos específicos” e, diante desses saberes recortando incessantemente novos objetos, a população pôde se conceber e se perdurar como “correlativo privilegiado dos modernos mecanismos de poder”. Temos, portanto, o tema da espécie humana, em seu pensar, falar, trabalhar, estudado pelas ciências humanas e que deve ser entendido a partir da emergência da população como correlato de poder e objeto de saber.

Compreendidos esses dois elementos que aparecem no estudo da governamentalidade - economia política (saber) dirigida à população (objeto-sujeito correlato de poder) - encaminho-me para o estudo do dispositivo de segurança por meio do qual o poder se exerce sobre a população, para delinear sua relação com o gerenciamento de informações nos estabelecimentos penais.

4.2 DISPOSITIVOS DE SEGURANÇA E A GESTÃO DE INFORMAÇÕES NOS PRESÍDIOS

As características gerais dos dispositivos de segurança apontam para o quadro amplo em que se estabelece uma tecnologia de segurança, as finalidades e os(as) destinatários(as) - para quê e sobre quem - do exercício do poder, além de revelarem as técnicas, os mecanismos, os dispositivos e as redes de poder que se articulam. São elas: 1) os espaços de segurança: o

meio enquanto circulação, dados naturais e artificiais, possibilidades, efeitos, causas, aglomerações; 2) o tratamento do aleatório: se instaura um deixar de fazer, deixar de regular que leva à autorregulação dos acontecimentos; 3) a normalização específica: parte do normal - não da norma - para normalizar; 4) a técnica de segurança e a população: o aparecimento da população como uma realidade (Foucault, 2023).

Anote-se que alguns termos que aparecem nessa história da governamentalidade, que versa sobre os mecanismos e a tecnologia de segurança, a população, a economia política, remete-nos a elaborações trabalhadas em outras obras de Foucault. Assim, embora não seja possível - e nem é meu objetivo - restituir todo o arcabouço teórico do autor neste trabalho, elegi algumas terminologias que precisam ser minimamente tracejadas, quais sejam, a soberania, a disciplina e a tecnologia, na medida em que darão substrato para este estudo da razão de Estado. Diante disto, primeiramente, retomo as características dos dispositivos de segurança, expostas no parágrafo anterior, na medida em que dialogam com a soberania e a disciplina, em razão das seguintes transmutações que se operam no caminhar para uma nova forma de governar:

(...) enquanto a soberania capitaliza um território, colocando o problema maior da sede do governo, enquanto a disciplina arquiteta um espaço e coloca como problema essencial uma distribuição hierárquica e funcional dos elementos, a segurança vai procurar criar um ambiente em função de acontecimentos ou de séries de acontecimentos ou de elementos possíveis, séries que vai ser preciso regularizar num contexto multivalente e transformável. (...) em vez de atingir os indivíduos como um conjunto de sujeitos de direito capazes de ações voluntárias - o que acontecia no caso da soberania -, em vez de atingi-los como uma multiplicidade de organismos, de corpos capazes de desempenhos, e de desempenhos requeridos como na disciplina, vai-se procurar atingir, precisamente, uma população. Ou seja, uma multiplicidade de indivíduos que são e que só existem profunda, essencial, biologicamente ligados à materialidade dentro da qual existem (Foucault, 2023, p. 27-28; 29).

Comparando especificamente com a disciplina⁶⁴, Foucault (2023) leciona que: 1) a disciplina concentra, isola um espaço em que seus mecanismos passam a atuar integralmente e de forma ilimitada, enquanto os dispositivos de segurança ampliam e integram novos elementos; 2) a disciplina não possibilita escapes, vai nos detalhes, e regulamenta tudo, já o

⁶⁴ “(...) se quisermos entender melhor em que consiste um dispositivo de segurança como o que os fisiocratas e, de maneira geral, os economistas do século XVIII pensaram para a escassez alimentar, se quisermos caracterizar um dispositivo como esse, creio que é necessário compará-lo com os mecanismos disciplinares que podemos encontrar não apenas nas épocas precedentes, mas na mesma época em que eram implantados esses mecanismos de segurança” (Foucault, 2023, p. 59).

dispositivo de segurança vê o que foge, o detalhe, o que a priori não é importante, e deixa de fazer, porque o não agir está lastreado nos próprios resultados que decorrerão do não fazer - por exemplo, é o dispositivo de segurança atuando quando o agir governamental ignora um alerta sobre a probabilidade de deslizamento de terra em certa comunidade; 3) a disciplina determina o obrigatório e o proibido, e o dispositivo de segurança apreende a realidade e atua ou não a partir dela, por meio de observações e deliberações específicas; 4) as técnicas disciplinares realizam uma normação, e os dispositivos de segurança normalização. Para uma melhor organização e entendimento da questão, apresento a seguir as explicações e atravessamentos das características dois e três e, posteriormente, abordo a última⁶⁵.

4.2.1 Construindo os interesses da medicalização

No que tange à segunda e à terceira características, Foucault (2023) situa um plano de fundo quanto à atuação dos dispositivos de segurança ao deixar de fazer e ao operar pela realidade: a liberdade e o liberalismo⁶⁶. A partir do século XVIII, a liberdade - ideologia e técnica de governo -, destaca-se como um dos quesitos para a edificação das formas modernas (capitalistas) da economia, bem como afigura-se como a “possibilidade de movimento, de deslocamento, processo de circulação tanto das pessoas como das coisas”, identificando-se como o “correlativo da implantação dos dispositivos de segurança” (Foucault, 2023, p. 64), que só funcionam bem quando há liberdade. O liberalismo⁶⁷, por seu turno, articula-se à condução de condutas, atuando como um princípio geral limitador da razão de Estado e pode ser assim definido:

⁶⁵ A primeira característica não será trabalhada em tópico separado, uma vez que já se encontra bem explicitado o fenômeno de ampliação-integração de novos elementos, técnicas, tecnologias, dispositivos, mecanismos, pelos dispositivos de segurança.

⁶⁶ Registre-se que Foucault (2023; 2008, p. 29-30), assim como no livro *Segurança, Território e População*, inicia o curso *Nascimento da Biopolítica* com a pretensão de trabalhar este tema, mas explica na introdução que “Eu tinha pensado lhes dar este ano um curso sobre a biopolítica. Procurarei lhes mostrar como todos os problemas que procuro identificar atualmente, como todos esses problemas têm como núcleo central, claro, esse algo que se chama população. Por conseguinte, é a partir daí que algo como a biopolítica poderá se formar. Parece-me, contudo, que a análise da biopolítica só poderá ser feita quando se compreender o regime geral dessa razão governamental de que lhes falo, esse regime geral que podemos chamar de questão de verdade - antes de mais nada da verdade econômica no interior da razão governamental -, e, por conseguinte, se se compreender bem o que está em causa nesse regime que é o liberalismo, o qual se opõe à razão de Estado, ou antes, [a] modifica fundamentalmente sem talvez questionar seus fundamentos. Só depois que soubermos o que era esse regime governamental chamado liberalismo é que poderemos, parece-me, apreender o que é a biopolítica.”

⁶⁷ Para o autor, “(...) o que vemos surgir no meado do século XVIII é de fato, muito mais um naturalismo do que um liberalismo. Mas creio que podemos empregar a palavra ‘liberalismo’ na medida em que a liberdade está, mesmo assim, no cerne dessa prática ou dos problemas que são postos a essa prática.” (Foucault, 2008b, p. 85).

Deve-se entender essa palavra [‘liberalismo’] num sentido bem amplo.

1. Aceitação do princípio de que deve haver em algum lugar uma limitação do governo, que não seja simplesmente um direito externo.

2. O liberalismo também é uma prática: em que encontrar exatamente o princípio de limitação do governo e como calcular os efeitos dessa limitação?

3. O liberalismo é, num sentido mais estrito, a solução que consiste em limitar ao máximo as formas e domínios de ação do governo.

4. Enfim, o liberalismo é a organização dos métodos de transação próprios para definir a limitação das práticas de governo

(...)

Uma das formas da governamentalidade moderna. Ela se caracteriza pelo fato de que, em vez de se chocar contra limites formalizados por jurisdições, ela se [atribui?] limites intrínsecos formulados em termos de verificação. (Foucault, 2008, p. 28 n.).

No resumo do curso Nascimento da Biopolítica, Foucault (2023, p. 432) explica que não procurou analisar o liberalismo como uma ideologia ou uma forma de representação da sociedade, mas como uma prática - modo de fazer - que busca alcançar objetivos e se regula por uma reflexão permanente, um “princípio e método de racionalização do exercício do governo - racionalização que obedece, e é essa a sua especificidade, à regra interna da economia máxima”. De forma breve, trago dois pilares⁶⁸ desta nova razão governamental, que tem o liberalismo como condutor, posto que são eles que demandam os dispositivos de segurança. Primeiro, o mercado como mecanismo de troca para as riquezas e local de verificação quanto ao valor/preço⁶⁹. Segundo, a utilidade enquanto princípio de limitação jurídica do poder público⁷⁰.

⁶⁸ Trata-se de três pilares, no entanto, o terceiro não será explorado, uma vez que não guarda tanta relação com os debates aqui propostos. Para conhecimento, “O terceiro pilar dessa nova razão de governar é a “posição da Europa como região de um desenvolvimento econômico ilimitado em relação a um mercado mundial” (Foucault, 2008b, p. 83).

⁶⁹ Para uma maior compreensão, destaque-se: “(...) através da troca, o mercado permite ligar a produção, a necessidade, a oferta, a demanda, o valor, o preço, etc., ele constitui nesse sentido um lugar de verificabilidade, quero dizer um lugar de verificabilidade/falsificabilidade para a prática governamental. Por conseguinte, o mercado é que vai fazer que um bom governo já não seja simplesmente um governo que funciona com base na justiça. O mercado é que vai fazer que o bom governo já não seja somente um governo justo. O mercado é que vai fazer que o governo, agora, para poder ser um bom governo, funcione com base na verdade. Portanto, em toda essa história e na formação de uma nova arte de governar, a economia política não deve seu papel privilegiado ao fato de que ditaria ao governo um bom tipo de conduta. A economia política foi importante, inclusive em sua formulação teórica, na medida em que (somente na medida, mas é uma medida evidentemente considerável) indicou onde o governo devia ir buscar o princípio de verdade da sua própria prática governamental.” (Foucault, 2008b, p. 45).

⁷⁰ Sobre o utilitarismo, o autor entende ser “(...) uma tecnologia do governo, assim como o direito público era, na época da razão de Estado, a forma de reflexão ou, se quiserem, a tecnologia jurídica com a qual se procurava limitar a linha de tendência indefinida da razão de Estado.” (Foucault, 2008b, p. 56) e conclui que “(...) é esse problema da utilidade, da utilidade individual e coletiva, da utilidade de cada um e de todos, da utilidade dos indivíduos e da utilidade geral, é esse problema que vai ser finalmente o grande critério de elaboração dos limites do poder público e de formação de um direito público e de um direito administrativo. Entramos, a partir do início

A correlação destes concebe um governo como um manipulador dos interesses, sendo interesse o princípio da troca e o critério da utilidade:

Agora, o interesse a cujo princípio a razão governamental deve obedecer são interesses, é um jogo complexo entre os interesses individuais e coletivos, a utilidade social e o benefício econômico, entre o equilíbrio do mercado e o regime do poder público, é um jogo complexo entre direitos fundamentais e independência dos governados. O governo, em todo caso o governo nessa nova razão governamental, é algo que manipula interesses. (Foucault, 2008b, p. 61).

Foucault (2008b, p. 63) exemplifica essa mudança operada pelo liberalismo na nova razão governamental com a questão da penalidade: entre o século XVII e o início do século XVIII, o fundamento estava colocado por si próprio, na figura do soberano, o direito do suplício perante alguém que havia cometido alguma conduta considerada crime e que, por isso, atingia o soberano. A partir do século XVIII, com o princípio da humanização e moderação das penas, a sanção passa a se justificar pelo cálculo dos interesses, assim, questiona-se “Interessa punir? Que interesse há em punir? Que forma a punição deve ter para que seja interessante para a sociedade? Interessa supliciar ou o que interessa é reeducar? E reeducar como, até que ponto, etc., e quanto vai custar?”. Para o meu estudo, leva-me a questionar justamente os interesses relacionados à medicalização de pessoas em situação de cárcere e, mais que isso, os interesses do encarceramento que vão aguçar o sofrimento psíquico de pessoas já vulnerabilizadas pela raça, gênero, classe, orientação sexual e todos os marcadores que produzem desigualdades.

Essa prática governamental liberal funciona imbricada às liberdades: produz, fabrica, consome, organiza, gerencia, destrói, manipula, limita as liberdades. É justamente esse o ponto: a condução de condutas que, de um lado, produz liberdade e, de outro, estabelece “limitações, controles, coerções, obrigações apoiadas em ameaças, etc.” (Foucault, 2008b, p. 87). É preciso advertir que o liberalismo não aceita a liberdade, seu processo é fabricá-la levando em consideração o cálculo desse custo, que vai ter por princípio a segurança; assim, essa arte liberal de governar “(...) vai se ver obrigada a determinar exatamente em que medida e até que ponto o interesse individual, os diferentes interesses - individuais no que têm de divergente uns dos

do século XIX, numa era em que o problema da utilidade abrange cada vez mais todos os problemas tradicionais do direito.” (Foucault, 2008b, p. 56).

outros, eventualmente de oposto - não constituirão um perigo para o interesse de todos” (Foucault, 2008b, p. 89).

Tem-se o jogo formado - liberdade e segurança -, no bojo da nova razão governamental, cujas regras são estabelecidas pela noção de perigo (cria-se uma cultura de perigo), aumentam-se os procedimentos de controle, pressão e coerção, bem como mais intervenções são insufladas sob a justificativa de mais liberdade. Percebe-se, pois, que os problemas específicos da vida e da população foram alocados no interior de uma tecnologia de governo que, desde o século XVIII, apoiou-se no liberalismo (Foucault, 2008b). Está demarcado, portanto, o princípio que conduz⁷¹, entrelaça e limita essa nova razão governamental, a qual está alicerçada na economia política e, por meio de dispositivos de segurança, exerce poder sobre a população.

4.1.2 Normalização: identificando a prática de gestão pela medicalização

Com relação à última característica do dispositivo de segurança, qual seja, a normalização, cabe também um aprofundamento que nos leva à forma de gestão da população que se estabelece a partir desse regime de verdade da economia política. A disciplina parte da norma para demarcar o normal e o anormal, atuando a partir dessas demarcações, de modo que há uma normação. O dispositivo de segurança, por seu turno, passa a operar após diagnóstico, estudo, identificação do normal, do anormal e das curvas de normalidade; atua a partir do normal e vale-se das disposições que se apresentam mais normais que outras para formular a norma, ocorrendo, portanto, uma normalização.

A exemplo da loucura e do transtorno mental, pode-se identificar esses diferentes procedimentos de normação e normalização: na disciplina, a norma vai operar para determinar que o(a) louco(a) é anormal e quem não é louco(a) é normal, procedimento que se apoia aos domínios, aos saberes e às práticas correlatos, para produzir a normação; no dispositivo de segurança, há um estudo sobre os transtornos mentais, prevalências, estatísticas, probabilidades, casos, risco, perigo, crise, tudo o que se opera na realidade, para definir a norma

⁷¹ Sinalize-se que, na obra *Nascimento da Biopolítica*, Foucault (2008) também examina o neoliberalismo e suas diferenças, o que não será objeto de estudo nesta pesquisa, uma vez que o princípio do liberalismo como condutores da nova razão governamental já se demonstram suficientes para as articulações entre biopolítica, dispositivos de racialidade e de gênero e medicalização.

e, assim, definem-se as práticas de gestão da população, se atua e de que forma ou se deixa de agir, que é também um fazer por meio dos acontecimentos da própria realidade.

Note-se que essa normalização opera a partir de alguns elementos das práticas de segurança, quais sejam, caso, risco, perigo e crise. Partiremos da depressão para analisar cada um deles. A noção de caso: coloca-se esse transtorno como uma disposição de casos em dada população localizada no tempo e espaço. O risco: trata-se de perceber as relações entre a depressão e os riscos desse acometimento sob diversas variáveis, grupo mais propenso, risco de morte e faixa etária, gênero, raça, localidade, etc. A noção de perigo: deriva do fato de que há riscos distintos diante das variáveis, o que torna a depressão mais perigosa em determinados grupos. Por fim, a crise: é justamente a multiplicação dos casos, é a disparada circular, crescente da doença em dado momento e lugar, o que pode ser controlado por mecanismos artificiais ou naturais.

Esse dispositivo de segurança do qual tratei em suas especificidades, investigado a partir do estudo mais amplo que é a governamentalidade, na esfera mais global que é o governo, soma-se aos mecanismos jurídico-legais e aos disciplinares, e se insere em uma tecnologia da segurança. Este é o giro elementar, ao invés de nos atermos somente as técnicas - o ato de medicalizar um indivíduo - devemos localizar a tecnologia, ou seja, a racionalidade que vincula, combina, une, uma série de técnicas. Quanto à tecnologia, Foucault (2004) compreende que existem quatro grupos, cada um com sua razão prática e forma de dominação vinculada:

(1) tecnologias de produção, que permitem produzir, transformar ou manipular as coisas; (2) tecnologias dos sistemas de signos, que permitem utilizar signos, sentidos, símbolos ou significação; (3) tecnologias de poder, que determinam a conduta dos indivíduos e os submetem a certos fins ou dominação, objetivando o sujeito; (4) tecnologias de si, que permitem aos indivíduos efetuar, com seus próprios meios ou com a ajuda de outros, um certo número de operações em seus próprios corpos, almas, pensamentos, conduta e modo de ser, de modo a transformá-los com o objetivo de alcançar um certo estado de felicidade, pureza, sabedoria, perfeição ou imortalidade. (Foucault, 2004, p. 323-324)

Essas tecnologias, normalmente, operam em conjunto e resultam “certos modos de treinamento e modificação dos indivíduos, não apenas no sentido óbvio de aquisição de certas habilidades, mas também de aquisição de certas atitudes” (Foucault, 2004, p. 324). As tecnologias de produção e dos sistemas de signos são mais empregadas nas ciências e linguística, enquanto as duas últimas - de poder e de si - são as de maior destaque para o trabalho do autor, que aponta para a governamentalidade como esse ponto de contato entre as duas

(Foucault, 2004). A exemplo da loucura, explica que, na sua abordagem, estudou “(...) a loucura não em termos do critério das ciências formais, mas para demonstrar como um tipo de gerenciamento dos indivíduos, dentro e fora de asilos, tornou-se possível por esse estranho discurso.” (Foucault, 2004, p. 324).

Nesse ponto, procurei traçar o triângulo soberania-disciplina-gestão governamental, na qual a gestão tem por alvo primordial a população e os mecanismos essenciais são os dispositivos de segurança (Foucault, 2023). São as conduções que me levam à análise da gestão de informações pelo Estado. A governamentalidade, “grade de análise para essas relações de poder” (Foucault, 2008, p. 260) a nível do Estado, nesse percurso de integração das tecnologias de soberania e de disciplina à tecnologia de segurança, indicam que pode haver uma prática de governo que gerencia os custos (liberdade, segurança, perigo, controle e intervenção) entre a demanda de acesso a dados públicos sobre a população encarcerada, que está sob a tutela do Estado, e o efetivo fornecimento destas informações.

Rememore-se que, enquanto o propósito da soberania está em si e seus instrumentos emanam sob a forma da lei, o governo tem por objetivo as “(...) coisas que ele dirige; ela deve ser buscada na perfeição, na maximização ou na intensificação dos processos que ele dirige, e os instrumentos do governo, em vez de serem leis, vão ser diversas táticas” (Foucault, 2023, p. 134). Tem-se, pois, a utilização de estratégias para que as finalidades sejam alcançadas. Assim, é que o fazer do governo não pode ser lido de forma despreziosa, mas como parte desse jogo de mobilização das táticas para atingir seus fins. No caso, uma operacionalização para que dados públicos que versam sobre populações vulnerabilizadas sejam de difícil acesso, contraditórias, com lacunas.

Este trabalho, para além das análises dos dados obtidos, também aponta para modos de agir do Estado quanto ao que pode ou não ser publicizado, sobretudo, nos temas relacionados às prisões: ausência de dados de fácil acesso, inexistência de sistematização das informações, entraves administrativos (sistemas confusos, solicitação de informações perdida entre os órgãos/setores), seleção do conteúdo que é fornecido e a forma de disposição dos dados. Este apontamento está amparado em pesquisas sobre prisões e sistema socioeducativo (Salla, 2006; Possas, 2012; Lourenço; Alvarez, 2017; Guimarães, 2022; Arruda, 2020).

Jalusa Arruda (2020) reflete que a ausência de dados, ao invés de ser uma constatação negativa, deve ser lida como resultado das práticas institucionais. A autora localiza as lacunas e os silêncios como produtos de um proceder institucional que compõe as práticas punitivas “por desorganização cotidiana, pelo reduzido número de profissionais e mera falta de tempo,

por avaliação da desimportância de determinadas ocorrências, pelo propósito de encobrir a gravidade das situações ou para engendrar a defesa institucional” (Arruda, 2020, p. 62). Na perspectiva da governamentalidade, evidencia-se, para além das instituições, o gerenciamento dos custos entre fornecer a informação e intervir (ao não fazer, demorar de agir ou manipular os dados, com lacunas ou disposições que dificultam o conhecimento da realidade).

De igual forma, ocorre no campo da saúde das pessoas presas (Carvalho; Andreia; Santos, 2020) cujo tema já foi objeto de discussão em audiência pública da Comissão de Seguridade e Família, na qual se destacou que a ausência desses informes dificulta a prevenção e o tratamento de doenças (Brasil, 2021). Acrescente-se que o contexto da Pandemia de Covid-19 agravou, ainda mais, “O problema da falta de dados sobre mortes e adoecimentos – físicos e mentais – dentro de unidades prisionais” (Budó *apud* Miranda, 2022, n.p), impedindo adoção de medidas mais efetivas. Neste aspecto, Andremara dos Santos (2015) aponta esse modo de gerenciar as informações prisionais enquanto violência institucional:

a ausência de informações, a má qualidade ou inexistência de comunicação e compartilhamento das informações sobre a pessoa presa, consubstancia uma espécie de violência institucional por omissão ou ineficiência do Estado na gestão da pena de prisão em consonância com a lei, por fazer com que a pena imposta implique em uma retribuição mais afliativa no campo pessoal e jurídico, do que o legalmente permitido. (Santos, 2015, p. 29)

A título exemplificativo, sobre a Lei de Acesso à Informação e dados considerados sensíveis, a pesquisa Bahia entre lutas e abandono à morte: a realidade da Covid-19 nas prisões, organizada pela Rede Justiça Criminal e pelo Ideas Assessoria Popular (2021), registra que não houve retorno do pedido de informações por meio da Lei de Acesso à Informação, o que aponta para um fio condutor entre prática (governar) e entendimentos (mentalidade) que permeiam as instituições públicas no gerenciamento do acesso às informações.

Trago um último exemplo emblemático: a publicação eletrônica Saúde Mental em Dados (SMD), elaborada pela Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, após 10 anos seguidos de publicação, desde 2006, teve a sua última edição divulgada em 2015 e deixou de ser produzida. Além disto, diante da ausência dessas produções antigas no *site* do Ministério da Saúde, o Desinstitute (2021, n.p) precisou recuperá-las para disponibilizá-las em seu sítio eletrônico, afirmando ainda que “o campo da saúde mental no país se vê diante de uma importante lacuna: os dados federais sobre a RAPS não estão acessíveis à sociedade” e que a “ausência de informações (...) é considerada um agravante importante no contexto de

retrocessos instaurados no Brasil dos últimos anos.”. Registre-se a relevância da SMD e da coleta, organização e divulgação dos dados relativos à Saúde Mental para o país:

O Saúde Mental em Dados trazia não somente publicidade ao dado, mas também sua interpretação e tradução. Em 10 anos, foi possível acompanhar, por meio de séries históricas de dados, as repercussões e lacunas da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Entre elas, o percurso do fechamento de leitos psiquiátricos com baixa qualidade assistencial; a mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos restantes no país (quando leitos de psiquiatria passaram a situar-se em hospitais de pequeno porte); o esforço de direcionamento, pela saúde pública, pela política de álcool e outras drogas e pela política de saúde mental para crianças e adolescentes; a interiorização dos serviços, especialmente dos CAPS; a desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos, e, de forma especial, a “inversão” de gastos a partir de 2006, quando os recursos federais destinados a ações extra-hospitalares em saúde mental passaram a ser maiores do que os gastos com ações hospitalares. Para trabalhadores, gestores, operadores do direito e sociedade civil, esses dados serviam de subsídio para o desenvolvimento de análises e, conseqüentemente, de projeções para o desenvolvimento ou aperfeiçoamento de políticas de saúde mental. (Desinstitute, 2021, n.p).

Dessa feita, possível observar que silêncios e lacunas nas informações prestadas pelo Estado, até a completa ausência de dados, não são, tão somente entraves administrativos ou eventualidades, é o que se deixa de fazer que também interfere na realidade - uma das características dos dispositivos de segurança -, é a manipulação de interesses, entre mercado e utilidade, que faz o cálculo da operação entre liberdade, segurança, perigo, controle e intervenção. É por meio dessa grade de análise, que é a governamentalidade, que meu olhar sobre a gestão de informações acerca da população prisional está inserido. É numa sociedade de segurança - com sua tecnologia, técnicas e mecanismos - e no engendrar dos dispositivos de segurança que se destinam à população e seu campo de naturalidade, possibilidades, acontecimentos e realidade.

O estudo da governamentalidade, por si só, não parece responder como opera a medicalização na realidade dos presídios. Assim, prossigo para os estudos sobre os dispositivos de racialidade e de gênero, que atuam junto ao biopoder (relação de poder) e é por ele aparelhado, produzindo efeitos práticos pela biopolítica (prática política) (Carneiro, 2023). No início deste tópico, expliquei que o biopoder e a biopolítica são abordagens que Foucault busca desenvolver na introdução das obras Segurança, Território e População (2023) e Nascimento da Biopolítica (2008), contudo, o autor caminha para esse estudo amplo da governamentalidade liberal. No próximo tópico, conduzo-me por essas redes que se articulam ao panorama geral anteriormente estudado e apresento os discursos que atravessam meu documento de pesquisa,

situando a medicalização como elemento constitutivo dos dispositivos de racialidade e de gênero.

4.2 DISPOSITIVOS DE RACIALIDADE E DE GÊNERO ARTICULADOS AOS PSICOTRÓPICOS NOS CÁRCERES

Conforme descrito anteriormente, a emergência da população em seu aspecto biológico e público, no século XVIII, no Ocidente, possibilitou esse giro na razão de Estado, na arte de governar e, portanto, nas práticas, técnicas, saberes, mecanismos, dispositivos, tecnologias, de governo para exercer o poder sobre a população. É, justamente, na dimensão biológica da população que temos esse campo de atuação do biopoder e da biopolítica. Segundo Foucault (2010), a biopolítica “(...) lida com a população, e a população como problema político, como um problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder” e o biopoder é “(...) contínuo, científico (...) é o poder de ‘fazer viver’ (...) de regulamentação”, que diferentemente da soberania cujo poder “fazia morrer e deixava viver” (Foucault, 2010, p. 206-207), agora o poder faz viver e deixa morrer.

A biopolítica vai se constituir de práticas e campos de saber, de poder e de intervenção - por exemplo, natalidade, morbidade, fecundidade, expectativa de vida, incapacidades, moradia, raça, gênero e etnia -, que atuam do orgânico ao biológico e do corpo à população, numa integração entre a disciplina e o biopoder. Sobre a medicalização vê-se aqui o ingresso de uma medicina que passa a ter “(...) a função maior da higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população.” (Foucault, 2010, p. 205). Neste ponto, o racismo é localizado a partir dos seguintes questionamentos:

(...) nessa tecnologia de poder que tem como objeto e como objetivo a vida (...), como vai se exercer o direito de matar e a função do assassinio, se é verdade que o poder de soberania recua cada vez mais e que, ao contrário, avança cada vez mais o biopoder disciplinar ou regulamentador? (...) Como um poder como este pode matar, se é verdade que se trata essencialmente de aumentar a vida, de prolongar sua duração, de multiplicar suas possibilidades, de desviar seus acidentes, ou então de compensar suas deficiências? Como, nessas condições, é possível, para um poder político, matar, reclamar a morte, pedir a morte, mandar matar, dar a ordem de matar, expor à morte não só seus inimigos mas mesmo seus próprios cidadãos? Como esse poder que tem

essencialmente o objetivo de fazer viver pode deixar morrer? Como exercer o poder da morte, como exercer a função da morte, num sistema político centrado no biopoder? (Foucault, 2010, p. 214).

A essas perguntas, Foucault (2010, p. 214) responde que intervém o racismo, não como um elemento novo que aparece com a biopolítica, já que se apresentava há muito tempo; o que ocorre é que, com o advento do biopoder, o racismo é inserido nos mecanismos de Estado, é alocado “como mecanismo fundamental do poder, tal como se exerce nos Estados modernos, e que faz com que quase não haja funcionamento moderno do Estado que, em certo momento, em certo limite e em certas condições, não passe pelo racismo.”. Com isto, o racismo tem uma primeira função, qual seja, “cumprir o papel de fragmentar o campo biológico, do qual o poder tomou conta para dividi-lo conforme ‘raças’ e assim introduzir um corte entre quem deve viver e quem deve morrer” (Carneiro, 2023, p. 63).

A segunda função está em promover a vida a partir da máxima de uma guerra, por assim dizer: se uma raça viver mais, a outra deve morrer; e o racismo é o que vai delimitar qual a raça cuja vida deve ser promovida e, portanto, qual a raça deve/pode ser exterminada (Foucault, 2010). Neste aspecto, tem-se que “a morte do outro - que é Outro porque degenerado e de raça inferior - permite ao biopoder promover a vida da raça mais sadia e mais pura” (Carneiro, 2023, p. 64). Estabelece-se aqui um operativo entre liberdade, segurança, perigo, controle e intervenção (elementos que integram o cálculo da gestão estatal liberal) pelos dispositivos de segurança, já que, com a inserção do racismo nos mecanismos de Estado pelo biopoder, a morte do Outro, da raça considerada ruim, inferior e perigosa, justifica-se pela preservação da segurança, vida, liberdade da raça pura e sadia.

Imprescindível estabelecer alguns pressupostos conceituais sobre raça, racismo, relações raciais e racialidade. Para Sueli Carneiro (2023, p. 20-21), a raça é “um dos elementos estruturais de sociedades multirraciais de origem colonial”; o racismo é o que procura “legitimar a produção de privilégios simbólicos e materiais para a supremacia branca que o engendrou (...) que determinam a permanência e a reprodução do racismo enquanto instrumento de dominação, exploração e (...) exclusão social”. A partir de uma perspectiva foucaultiana, a autora entende as relações raciais no Brasil como “um domínio que produz e articula poderes, saberes e modos de subjetivação” (Carneiro, 2023, p. 22). Por fim, quanto à racialidade, compreende ser:

(...) uma noção relacional que corresponde a uma dimensão social, que emerge da interação de grupos racialmente demarcados sob os quais pesam concepções histórica e culturalmente construídas acerca da diversidade humana. Disso decorre que ser branco e ser negro são consideradas polaridades que encerram, respectivamente, valores culturais, privilégios e prejuízos decorrentes do pertencimento a cada um dos polos das racialidades (Carneiro, 2023, p. 22-23).

De posse dessas premissas fundamentais, é possível observar os entrelaçamentos que alocam a racialidade no cerne da questão: “A raça, o racismo, é a condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade de normalização” (Foucault, 2010, p. 215), normalização esta que parte do considerado normal e anormal - não da norma -, gerencia as curvas de normalidade e, assim, determina a norma; é a raça e o racismo estabelecendo o normal e o anormal para disciplinar e regular os sujeitos a partir das curvas de normalidade, mesmo que seja preciso matar para normalizar. Desta feita, “A função assassina do Estado só pode ser assegurada, desde que o Estado funcione no modo do biopoder, pelo racismo”, sendo que não há apenas o assassinio direto, mas o indireto “o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição” (Foucault, 2010, p. 215-216).

É diante desse quadro que Sueli Carneiro (2023, p. 64) inscreve a negritude “sob o signo da morte, a partir da análise das distinções que se apresentam no processo nascer-adoecer-morrer ou simplesmente no processo viver-morrer de negros e de brancos na sociedade brasileira” e identifica o dispositivo de racialidade como instrumento disciplinar e normalizador, possibilitando uma análise que:

(...) focando no domínio da racialidade, investiga os atributos supostamente essenciais do Eu hegemônico - branco, portanto - e do Outro. Lembrando que o Eu é dotado de razoabilidade porque produziu o louco; é dotado de normalidade porque produziu o anormal; e de vitalidade porque inscreveu o Outro no signo da morte (...) esse Eu, no seu encontro com a racialidade ou a etnicidade, adquiriu superioridade pela produção do inferior, pelo agenciamento que esta superioridade produz sobre a razoabilidade, a normalidade e a vitalidade (Carneiro, 2023, p. 31).

Algumas premissas fazem-se necessárias. Por dispositivo, deve-se compreender: 1) o agrupamento de diversos e diferentes “(...) discursos, instituições⁷², organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos,

⁷² Por instituição, leia-se “(...) todo comportamento mais ou menos coercitivo, aprendido. Tudo que em uma sociedade funciona como sistema de coerção, sem ser um enunciado, ou seja, todo o social não discursivo é a instituição” (Foucault (1999, p. 247).

proposições filosóficas, morais (...) o dito e o não dito são os elementos do dispositivo (...) a rede que se pode tecer entre estes elementos” (Foucault, 1979, p. 244). Em suma, temos no dispositivo “estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles” (Foucault, 1979, p. 244); 2) o jogo entre esses elementos heterogêneos (as variadas posições que assumem, alterações nas funções de cada um, etc.); e 3) a estruturação que, em determinado período, teve por atribuição primordial responder determinada urgência, o que denota uma “função estratégica dominante” (Foucault, 1979, p. 244). Quanto à última característica, cabe citar o exemplo dado pelo autor sobre o dispositivo de controle-dominância da loucura⁷³:

Este foi o caso, por exemplo, da absorção de uma de uma massa de população flutuante que uma economia de tipo essencialmente mercantilista achava incômoda: existe aí um imperativo estratégico funcionando como matriz de um dispositivo, que pouco a pouco tornou-se o dispositivo de controle-dominância da loucura, da doença mental, da neurose (Foucault, 1979, p. 244).

É preciso identificar dois momentos nessa origem/produção dos dispositivos de acordo com Foucault (1979, p. 245): primeiro, tem-se a ascensão de um objetivo estratégico; depois ocorre, de um lado, o “processo de sobredeterminação funcional”, pois os efeitos positivos ou negativos, pretendidos ou não, reverberam ou entram em contradição com os demais elementos heterogêneos e, de outro, passa-se o “processo de perpétuo preenchimento estratégico”. Tome-se como exemplo o aprisionamento, exemplificação dada por Foucault (1979) sobre a qual faço uma releitura: inicialmente, a prisão pena apareceu como mecanismo mais eficaz e racional (nos discursos públicos, institucionais), mas produziu justamente os efeitos de contenção, profissionalização de um ambiente carcerário, isolamento, morte, violência, docilização, disciplina; com isso, assistimos ao rearranjo/reutilização deste dispositivo do aprisionamento para finalidades políticas e econômicas (por exemplo, produzir mão de obra barata) que não são as mesmas que operaram na sua origem. São emaranhados e rearranjos contínuos entre os elementos heterogêneos.

⁷³ Poder-se-ia questionar por que o dispositivo de loucura não está como conceito analítico - lente de análise principal - deste trabalho, são as razões: 1) optei por não traçar o percurso de pesquisa a partir das obras História da Loucura (2014), O Nascimento da Clínica (2008) e O Poder Psiquiátrico (2006), embora dialogue com essas leituras em determinados momentos, por compreender que a grade de análise da governamentalidade permite-me traçar um panorama mais geral e, ao mesmo tempo, mais detalhista sobre como operam os dispositivos de segurança; 2) a medicalização também pode e é contada a partir da ótica de uma tecnologia de segurança; 3) principalmente, para localizar a medicalização - e as imbricações com os saberes que a consomem e produzem - nos dispositivos de sexualidade e de racialidade, demarcando gênero e raça no jogo de dominação.

O dispositivo de racialidade “produz uma dualidade entre positivo e negativo, tendo na cor da pele o fator de identificação do normal, e a brancura será a sua representação” (Carneiro, 2023, p. 31). Neste ponto, para conectar conceitos já apresentados, até o momento, sobre os dispositivos de segurança e, tendo em vista a condição *sine qua non* - sem a qual não há, indispensável, fundamental e fundante - do racismo na funcionalidade do biopoder, compreendo que o dispositivo de racialidade integra e faz funcionar a tecnologia de segurança - racializada - juntamente aos dispositivos de segurança; integra a rede que entrelaça dispositivos, técnicas, mecanismos, tecnologias e práticas; é o que interliga os aspectos biológico e público da população numa gestão governamental que age a partir do racismo. Para Carneiro (2023):

(...) no contexto da modernidade ocidental, a racialidade vem se constituindo num dispositivo, tal como essa noção é concebida por Foucault. A racialidade é compreendida como noção produtora de um campo ontológico, um campo epistemológico e um campo de poder, conformando, portanto, saberes, poderes e modos de subjetivação cuja articulação institui um dispositivo de poder. Para compreender como isso se dá no Brasil, é preciso lembrar que a escravidão corrompeu o valor do trabalho: compulsório para o escravo, não tinha como ser considerado positivo pelo senhor branco. Este, liberado de trabalhar pela existência do escravo, foi viciado no ócio. O trabalho manual foi estigmatizado pela tradição, igualmente estigmatizadora, da escravidão. A abolição seria, nesse contexto, o momento da emergência do negro na nova ordem disciplinar que se instaura no Brasil, na passagem de uma economia baseada no trabalho escravo para o livre. (Carneiro, 2023, p. 44)

Nessas redes de poder e saber, o dispositivo de racialidade também faz funcionar e opera conjuntamente ao dispositivo de gênero. Neste ponto, utilizo-me do dispositivo de sexualidade de Foucault (1999), contudo, apoiada em Lauretis (1994), entendo que se faz necessária uma releitura para colocar gênero em destaque, por melhor abarcar as especificidades da categoria para as análises do consumo de medicalização por mulheres em situação de cárcere. Quanto ao dispositivo de sexualidade, Foucault (1999), na obra *História da Sexualidade I: A Vontade de Saber*⁷⁴, localiza-o ao delinear as relações de saber e poder - discursos, domínios, técnicas, tecnologias, mecanismos, práticas - que se engendram, no Ocidente, a partir do sexo, produzindo a sexualidade - uma reunião dos efeitos fabricados nos

⁷⁴ Destaque-se que, em que pese não seja meu objetivo falar sobre a História da Sexualidade a partir de Foucault, e sim buscar no conceito as possíveis aplicações dos dispositivos de sexualidade e as inter-relações com o meu tema, é imprescindível ressaltar que o estudo do autor na referida obra volta-se à investigação discursiva, a partir da Idade Média, no Ocidente, da fabricação de discursos sobre o sexo. Anote-se que essa investigação de Foucault marca uma longa trajetória da qual decorrem, não só História da Sexualidade I: A vontade de saber, mas outros três volumes: História da Sexualidade: O uso dos prazeres (Vol. 2), História da Sexualidade: O cuidado de si (Vol. 3) e História da Sexualidade: As confissões da carne (Vol. 4).

corpos, comportamentos e relações sociais, que está inserida em uma tecnologia política complexa. Os efeitos, todavia, não são os mesmos para os diferentes corpos, justamente, porque o dispositivo não atua de forma simétrica.

Nessa caminhada, Foucault (1999, p. 56) identifica que foi confeccionado, ao redor do sexo e a respeito dele, um aparelho de produção de verdade, que não o situa apenas como “(...) objeto de sensação e de prazer, de lei ou de interdição, mas também de verdade e falsidade”, verdade esta que o torna “coisa essencial, útil ou perigosa, preciosa ou temida”. Assim, o autor passa a percorrer duas modalidades de produção da verdade no Ocidente: 1) a confissão⁷⁵ cristã, que se estende às demais relações, por exemplo, pais e/ou mães e crianças, professores(as) e alunos(as), doentes e psiquiatras, etc; 2) a discursividade científica, na qual o sexo é acoplado, pelas ciências, aos discursos sobre o corpo e a vida. Sobre a confissão, importante destacar que:

a confissão passou a ser, no Ocidente, uma das técnicas mais altamente valorizada para produzir a verdade. Desde então nos tornamos uma sociedade singularmente confessanda. A confissão difundiu amplamente seus efeitos: na justiça, na medicina, na pedagogia, nas relações familiares, nas relações amorosas, na esfera mais cotidiana e nos ritos mais solenes; confessam-se os crimes, os pecados, os pensamentos e os desejos, confessam-se passado e sonhos, confessa-se a infância; confessam-se as próprias doenças e misérias; emprega-se a maior exatidão para dizer o mais difícil de ser dito; confessa-se em público, em particular, aos pais, aos educadores, ao médico, àqueles a quem se ama; fazem-se a si próprios, no prazer e na dor, confissões impossíveis de confiar a outrem, com o que se produzem livros. Confessa-se - ou se é forçado a confessar. Quando a confissão não é espontânea ou imposta por algum imperativo interior, é extorquida; desencavam-na na alma ou arrancam-na ao corpo. (Foucault, 1999, p. 59).

Esse aspecto dialoga com os enunciados sobre a medicalização que serão trabalhados de forma pormenorizada adiante, uma vez que a prescrição de medicamentos psicoativos está diretamente relacionada com uma confissão de si. Para que haja diagnóstico e prescrição, a pessoa deve falar sobre si, o que sente, o que percebe, o que dói, o que incomoda. A intervenção psiquiátrica se dá não somente sobre o que o psiquiatra vê, em poucos minutos, mas no que o(a) sujeito(a) diz sobre si. Assim, essas declarações são lidas a partir de categorias universais sobre transtornos mentais e, em seguida, fecha-se o diagnóstico: é ansiedade, depressão etc. Passa-se

⁷⁵ “O autor emprega, em geral, dois termos *aveu* e *confession*, que podem ser rigorosamente traduzidos em português por confissão. No texto, os termos são quase sempre empregados como sinônimos, mas possuem conotações diferentes. No sentido geral que orienta esta parte, o termo *aveu* significa confissão na acepção de declarar, dizer, admitir, atestar algo sobre si mesmo. Nesse sentido, a *confession* seria mais uma das modalidades de *aveu*, a que é codificada na prática do sacramento cristão da penitência. (N. do T.)” (Foucault, 1999, p. 58 n.)

ao medicamento. Neste exemplo, temos a perfeita comunicação entre a confissão e a discursividade científica.

Seguindo no campo do sexo e da sexualidade, vê-se que essa constituição da extorsão sexual em forma científica defluiu de procedimentos próprios: 1) “codificação clínica do fazer falar”; 2) “postulado de uma causalidade geral e difusa”; 3) “princípio de uma latência intrínseca a sexualidade”; 4) “método da interpretação” e 5) “medicalização dos efeitos da confissão” (Foucault, 1999, p. 64-65), métodos que serão retomados mais a frente, quando trato especificamente sobre os diagnósticos universalizantes e as prescrições de medicamentos. A constituição da sexualidade passa a ser o que a própria ciência diz em seus discursos:

(...) a sexualidade foi definida como sendo, "por natureza", um domínio penetrável por' processos patológicos, solicitando, portanto, intervenções terapêuticas ou de normalização; um campo de significações a decifrar; um lugar de processos ocultos por mecanismos específicos; um foco de relações causais infinitas, uma palavra obscura que é preciso, ao mesmo tempo, desencavar e escutar. É a “economia” dos discursos, ou seja, sua tecnologia intrínseca, as necessidades de seu funcionamento, as táticas que instauram, os efeitos de poder que os sustentam e que veiculam - é isso, e não um sistema de representações, o que determina as características fundamentais do que eles dizem. A história da sexualidade - isto é, daquilo que funcionou no século XIX como domínio de verdade específica - deve ser feita, antes de mais nada, do ponto de vista de uma história dos discursos. (Foucault, 1999, p. 67).

Vê-se, portanto, que a construção da sexualidade, enquanto discurso científico, deu-se pela produção da verdade a partir de práticas confessionais - a interação entre o(a) sujeito(a) que enuncia sua verdade e o que perquiri e ouve. Os ditos e não ditos no campo da sexualidade não aparecem como um dado natural, e devem ser lidos em termos de poder⁷⁶, posto que o saber sobre a sexualidade é produto de diversas correlações de força próprias do domínio em que atua, fruto do jogo de lutas e afrontamentos contínuos, resultado das estratégias que permeiam instituições, aparelhos estatais, leis, um campo de táticas complexas em dada sociedade e, além disto, está por todas as partes (Foucault, 1999).

Desse modo, nas variadas correlações de força, estão o dispositivo de sexualidade e os demais dispositivos que identificamos nesta óptica de articulação entre elementos heterogêneos de poder, saber, discursos, técnicas, práticas, mecanismos, que se agrupam por função(ões)

⁷⁶ Importante tecer algumas considerações sobre o poder para Foucault (1999): o poder não se adquire, guarda ou partilha, mas se exerce nas relações desiguais e mutáveis; as relações de poder não são externas, mas se conectam a outros processos e relações da sociedade, produzindo algo; o poder não vem de baixo, mas dar-se pela correlação de forças diversas e funciona como suporte das divisões que atravessam a sociedade; as relações de poder são deliberadas e não se centralizam individualmente em quem delibera; onde há poder tem resistência.

estratégica(s). No campo da sexualidade, Foucault (1999) identifica, a partir do século XVIII, quatro conjuntos estratégicos que elaboram dispositivos próprios de saber e poder sobre o sexo: 1) Histerização do corpo da mulher; 2) Pedagogização do sexo da criança; 3) Socialização das condutas de procriação; 4) Psiquiatrização do prazer perverso. No que toca ao primeiro conjunto, é o de maior relevância para esta pesquisa, porquanto trata do:

(...) tríplice processo pelo qual o corpo da mulher foi analisado - qualificado e desqualificado - como corpo integralmente saturado de sexualidade; pelo qual, este corpo foi integrado, sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar) , com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação): a Mãe, com sua imagem em negativo que é a “mulher nervosa”, constitui a forma mais visível desta histerização. (Foucault, 1999, p. 99).

Situado o contexto histórico e teórico no qual emergem os dispositivos, suas características, entrecruzamentos, alcances, efeitos, procedimentos de produção da verdade, conceito-práxis do poder, assim como as especificidades do dispositivo de sexualidade, é chegada a hora de enlaçar, ampliar e fazer novos giros. Trago para a tessitura, mais uma nota, a categoria de gênero, já que a análise do autor sobre a sexualidade não toma como central as formas/representações de gênero femininas e masculinas na formação do(a) sujeito(a) em si e na sociedade. Foucault (1999) traça um olhar acerca das modificações que as correlações de força produzem pelo e por dispositivos de sexualidade sem colocar o gênero como um demarcador dessas fabricações de saber, poder e de subjetividades.

Nesse aspecto, Teresa de Lauretis (1994, p. 208) afirma que tanto a sexualidade quanto o gênero não existem *a priori* nos corpos, conforme compreende Foucault ao discorrer sobre a primeira, mas, “(...) ao pensar o gênero como produto e processo de um certo número de tecnologias sociais ou aparatos biomédicos” vai além do trabalho desse autor, que “(...) não levou em consideração os apelos diferenciados de sujeitos masculinos e femininos, e cuja teoria, ao ignorar os investimentos conflitantes de homens e mulheres nos discursos e nas práticas de sexualidade, de fato exclui, embora não inviabilize, a consideração sobre gênero”.

Gênero deve ser compreendido não como mera diferenciação sexual, ou seja, das diferenças entre o feminino e o masculino, a mulher e o homem, uma vez que reproduz categorias universalizantes de mulher e homem que se opõe, o que nos reduz a um ser mulher e, de outro lado, constitui o gênero feminino a partir do homem/masculino universal, quando

se vê que o sujeito instituído no gênero dar-se “(...) por meio de códigos linguísticos e representações culturais; um sujeito ‘engendrado’ não só na experiência de relações de sexo, mas também nas de raça e classe: um sujeito, portanto, múltiplo em vez de único, e contraditório em vez de simplesmente dividido” (Lauretis, 1994, p. 208).

Segundo Lauretis (1994, p. 228), o gênero deve ser entendido em quatro aspectos: 1) é uma representação com efeitos práticos; 2) esta representação é a sua construção; 3) a construção, por sua vez, ocorre em todos os âmbitos, lugares, espaços, discursivos ou não, formulação esta que reescreve ao decorrer do texto, refletindo que “a construção do gênero ocorre hoje através das várias tecnologias do gênero (p. ex., o cinema) e discursos institucionais (p. ex., a teoria) com poder de controlar o campo do significado social e assim produzir, promover e ‘implantar’ representações de gênero”; e 4) esta construção concretiza-se também por sua desconstrução, ou seja, o que não está na representação.

Em uma compreensão dialógica entre Foucault e Lauretis, nesse ponto, entendo que o gênero se configura enquanto dispositivo próprio, na medida em que é um agrupamento heterogêneo de discursos, práticas, técnicas, mecanismos, instituições, enunciados científicos, decisões, leis e também se estabelece como o dito e o não dito. Há todo um saber que também se estabelece em termos de poder, como se pôde ver no caso da patologização do orgânico louco feminino (Passos; Pereira, 2017). Embora não exista *a priori*, o gênero, tal qual o sexo/a sexualidade, inscreve-se e se articula nos corpos, produzindo efeitos próprios, seja de disciplina, seja de regulação. Basta ver todas as discursividades empreendidas perante as sujeitas - mulheres - no Ocidente, que são interpeladas por toda essa rede heterogênea dos elementos dos dispositivos de gênero.

É assim que temos, no campo das estratégias dominantes, respondendo a urgências de determinadas ordens, tecnologias, momentos históricos e locais, os dispositivos de racialidade e gênero, operando sobre os(as) sujeitos(as). Rememore-se que estes dispositivos estão localizados em uma estrutura macro que é a governamentalidade. O dispositivo apreende os discursos/os enunciados, mas não se detém apenas neles, coloca-os em um tecido com múltiplos fios e espaços - o dito e o não dito - sempre inscrito em um jogo de poder, interligado às disposições de saber (Foucault, 1999). O dispositivo conjuga disciplina e segurança para atuar sobre a população de forma distinta nos diferentes corpos, o que é próprio da dinâmica de poder.

Os manicômios e as prisões integram os dispositivos de segurança tanto de racialidade quanto de gênero⁷⁷, com disciplinamento e regulação dos corpos negros. Conforme apresentado no capítulo dois, o processo de construção do(a) louco(a) e criminoso(a), dos diagnósticos em psiquiatria, bem como as intervenções higienistas e punitivas foram forjados no racismo (Engel, 2001; Goés, 2020) e na discriminação de gênero (Faria, 2013; Carlen e Worral *apud* Silva, 2013). As mulheres sempre foram submetidas a diversas formas de punição e controle de seus corpos e subjetividades, contudo, devido ao passado escravocrata brasileiro, discutir encarceramento articulado à questão de gênero passa por abarcar diversos e complexos fatores para a análise (Borges, 2019, p. 20).

A imprescindível racialização da questão revela as diferenças históricas entre as formas de punição aplicadas às mulheres brancas em comparação com as mulheres negras, já que as mulheres negras sempre foram “(...) direta e muitas vezes brutalmente disciplinadas por condutas consideradas perfeitamente normais em um contexto de liberdade.” (Davis, 2018, p. 73). As especificidades quanto às punições destinadas às mulheres se operam neste contexto, rememore-se que, enquanto mulheres brancas, ao romperem com as normas da sociedade patriarcal⁷⁸, eram levadas aos manicômios, as mulheres negras, além dos aprisionamentos nos manicômios e prisões, foram exploradas para levantar os muros de diversos hospícios brasileiros como trabalhadoras escravizadas (Passos; Pereira, 2017).

Nesse cenário, a medicalização da população encarcerada, notadamente, mulheres negras, associa-se à emergência do biopoder, já que o Estado passa a gerenciar a vida por diversos âmbitos, inclusive, pela intervenção médica. No ambiente prisional, pesquisa aponta que 60% das pessoas presas começaram a usar psicoativos após a prisão (Figueiró *et al.*, 2015). Abdelaziz (2017), contudo, sinaliza que o transtorno mental, o sofrimento psíquico e a medicalização incidem, na maioria das vezes, antes do aprisionamento:

(...) o que deve ser destacado é o alto índice de consumo de medicações psicotrópicas anterior ao presídio, o que sugere a existência de sofrimento

⁷⁷ O conceito de dispositivo elaborado por Foucault (1979), será melhor trabalhado no capítulo 4, uma vez que se trata de um dos conceitos analíticos desta pesquisa.

⁷⁸ “O patriarcado como estrutura de dominação se baseia na ideologia da superioridade do homem sobre a mulher que resulta na violência de gênero, configurando um tipo hierárquico de relação que invade todos os espaços da sociedade, além de conceder direitos sexuais aos homens praticamente sem restrição, negando-os às mulheres. Nessa perspectiva, o patriarcalismo molda as estruturas sociais, políticas e econômicas que precisam ser explicadas a partir da encruzilhada de gênero, raça e classe.” (Boiteux, 2020, p. 36). Destaque-se que, ao mencionar a palavra patriarcalismo, Boiteux faz referência à Heleith Saffioti.

psíquico fora da vivência de encarceramento. Estudos apontam prevalências similares entre transtornos mentais ao longo da vida e durante o aprisionamento, o que indica que não foi a prisão que levou as encarceradas a adquirir tais transtornos (16). Segundo Cordeiro (2014), as mulheres chegam à prisão com altos níveis de múltiplos transtornos mentais, comparadas com a comunidade geral. Desse modo, podemos supor que não foi somente o aprisionamento que desencadeou tais problemas, mas a história prévia dessas mulheres pode ter contribuído para torná-las mais suscetíveis de terem sua saúde mental prejudicada. (Abdelaziz, 2017, p. 44)⁷⁹

É de posse dos conceitos e alcances dos dispositivos de racialidade e de gênero que prossigo para a análise dos discursos que se apresentaram no documento de pesquisa, com destaque para as classes de medicamentos, a questão dos diagnósticos e prescrições, em busca de compreender se o interpelar dos dois dispositivos de racialidade e de gênero, por meio de discursos, saberes, regulamentos, técnicas e práticas de medicalização no cárcere, refinam estratégias de permanência das razões de ser dos dispositivos, quais sejam, “proliferar, inovar, anexar, inventar, penetrar nos corpos de maneira cada vez mais detalhada e controlar as populações de modo cada vez mais global.” (Foucault, 1999, p. 101).

4.2.1 Prescrições e Diagnósticos: um apontamento crítico

O primeiro aspecto a ser analisado é a relação entre as prescrições de medicamentos psicotrópicos frente aos diagnósticos de transtornos mentais⁸⁰. Funciona da seguinte forma: identificados determinados sinais e sintomas que se enquadram a um ou mais critérios diagnósticos⁸¹, há o diagnóstico clínico de um ou mais transtornos mentais, momento em que se passa à abordagem, na maioria das vezes, medicamentosa, conforme discutido no Capítulo 2 quanto à medicalização da vida. Não diferente nos presídios, os medicamentos psicotrópicos constantes no Anexo 7 são aqueles prescritos para as pessoas em situação de cárcere de acordo

⁷⁹ As informações sobre o uso de medicamentos psicotrópicos anterior às prisões devem ser lidas a partir do que já se discutiu na pesquisa sobre a produção de sofrimento psíquico em uma sociedade racista e sexista, na qual a medicalização da vida é mecanismo de disciplina, controle, docilização, punição, silenciamento, violência. Neste sentido, foi necessário contextualizar as prisões para além do crime e punição, revelando os discursos e práticas que forjam e se estabelecem na economia política da verdade, para não recair, neste caso, em análises que se voltem para a responsabilização individual quanto ao uso de medicamentos psicotrópicos, quando se trata de uma política de medicalização da sociedade e, especialmente, dos grupos em situação de vulnerabilidade.

⁸⁰ Terminologia discutida criticamente no capítulo 2.

⁸¹ Anote-se que os “(...) critérios diagnósticos são as diretrizes diagnósticas, que estão em manuais e/ou classificações, como a CID e o DSM” (Sanvicente-Vieira, 2021), os sinais são aqueles comportamentos objetivos perceptíveis pelo exame do paciente e os são os relatos, queixas e narrativas das vivências experienciadas subjetivamente pelos pacientes (Dalgalarondo, 2008, p. 24).

com o paradigma de doença desenvolvido pela psiquiatria e utilizado pelos(as) médicos(as) (Freitas, 2017).

No caso dos transtornos mentais, o paradigma de doença atual pode ser encontrado em um manual universal com conceitos e critérios diagnósticos, apresentados sob o linguajar científico-médico. Trata-se do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), considerado um “dispositivo oficial de traçar os diagnósticos psiquiátricos nos Estados Unidos, sendo utilizado em grande escala no mundo e, tendo assim, grande influência sobre a Classificação Internacional de Transtornos Mentais da Organização Mundial de Saúde” (Resende; Pontes; Calazans, 2015, p. 535), que atualmente está em sua 5ª versão, o DSM-5, de 2013.

A título exemplificativo, no DSM-5 há uma definição comum aos Transtornos Depressivos⁸², qual seja, a “(...) presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo” (APA, 2014, p. 155) e é multifatorial, compreendendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais (Brasil, 2022a; OPAS, s.d.). Conforme verificou-se dos medicamentos distribuídos às unidades prisionais, quatro medicamentos são antidepressivos e, portanto, são direcionados aos considerados Transtornos Depressivos: o Carbonato de Lítio, a Clomipramina, a Fluoxetina e a Amitriptilina (Anexo B; Apenso A).

De outro lado, cite-se também como exemplo que, no documento de pesquisa, há medicamentos ansiolíticos (Diazepam e Clonazepam, os já comentados benzodiazepínicos), destinados, portanto, aos Transtornos de Ansiedade que, no DSM-5, abarcam “(...) transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados” (APA, 2014, p. 189)⁸³. Ademais, a literatura aponta que estes transtornos derivam de associações entre fatores genéticos e ambientais (Brasil, 2022b).

⁸² Para a APA (2014, p. 155), não se trata de um transtorno depressivo, mas de Transtornos Depressivos que incluem “(...) transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado”, sendo que a diferença está na etiologia presumida, no momento ou na duração.

⁸³ Algumas considerações se fazem necessárias para compreender a linguagem do DSM-5 sobre os Transtornos de Ansiedade. Para a APA (2014), “Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura”. Além disto, trata-se de vários Transtornos de Ansiedade, quais sejam, Transtorno de ansiedade generalizada, Transtorno de pânico, Agorafobia, Transtorno da conduta, Transtorno de ansiedade social, Transtorno de estresse pós-traumático, Transtorno de ansiedade de doença, Luto, Transtornos depressivo e bipolar, Transtorno de oposição desafiante, Transtornos psicóticos, Transtornos da personalidade

Nesse ponto, uma crítica merece ser retomada: alinhando-me ao entendimento de que não é “(...) posible hablar de precisión diagnóstica, ya que es absolutamente común la existencia de comorbidades con fronteras difusas y cambiantes” (Caponi, 2017, p. 160) no âmbito dos considerados transtornos mentais. Há, em verdade, indefinições sobre a etiologia, ou seja, as causas dos transtornos mentais, ocasionando diagnósticos dúbios, confusos e que se sobrepõem (Caponi, 2017; Breggin, 2016; Gonzales, 2017). Além disto, conforme aponta Zanello (2014), o diagnóstico psiquiátrico consolida os valores das relações de gênero e tem um caráter higienista.

No entanto, ainda assim são prescritos psicofármacos específicos ou conjunto destes para sinais e sintomas que se enquadram em múltiplos critérios diagnóstico ou, em muitos casos, para pessoas em sofrimento psíquico que sequer deveriam ter a medicalização como primeira forma de abordagem, por se tratar de sofrimentos produzidos pela pobreza, pelo racismo, pelo machismo, pela homofobia, pela institucionalização nas prisões e nos manicômios e por diversos outros marcadores sociais, econômicos e culturais que produzem violências. Neste aspecto, “(...) a relação moderna entre médico e paciente assume, no contexto da psiquiatria, expressões coloniais” (Fanon *apud* Faustino, 2020, p. 34), justamente, por partir de um arcabouço teórico e prático que se forjou no racismo e na discriminação de gênero.

Conforme já visto no Capítulo 2, a prescrição de psicoativos como principal intervenção-resposta aos diagnósticos encontra assento em uma abordagem da psiquiatria biológica que se inicia no século XIX e perdura até os dias atuais, com algumas rupturas nos discursos e intervenções, mas mantendo um *continuum* de práticas violentas. É este paradigma de doença, criado pela psiquiatria biológica, que legitimou e legitima a violência institucionalizada; inicialmente por meio do confinamento e da contenção física e, desde meados do século XX, mediante as prescrições desmedidas de psicofármacos.

4.2.2 Antidepressivos

Levando em consideração todas as unidades, a primeira classe de medicamentos mais distribuídos, de 2018 a 2022, foram os antidepressivos. Nas unidades prisionais em questão, houve a dispensação dos seguintes medicamentos classificados como antidepressivos: Carbonato de Lítio, Clomipramina de 25mg, Fluoxetina de 20mg, Amitriptilina de 25mg e Clorpromazina de 100mg:

Tabela 2 - Distribuição de antidepressivos por unidade e quantidade entre 2018 e 2022

Ano	Unidade Prisional	Carbonato de Lítio	Clomipramina 25mg	Fluoxetina 20mg	Amitriptilina 25mg
2018	Conjunto Penal Feminino	3600	900	2100	1800
2019	Conjunto Penal Feminino	3600	1500	2100	17500
2020	Conjunto Penal Feminino	300	900	3000	1800
2021	Conjunto Penal Feminino	3600	900	2100	18000
2022	Conjunto Penal Feminino	3600	900	2100	18000
2018	Cadeia Pública de Salvador	1233	900	4200	6000
2019	Cadeia Pública de Salvador	1200	600	4500	6000
2020	Cadeia Pública de Salvador	1200	900	4800	6000
2021	Cadeia Pública de Salvador	1200	900	4200	9000
2022	Cadeia Pública de Salvador	1233	900	4200	4930
2018	Presídio Salvador	1233	900	4200	4930
2019	Presídio Salvador	1233	900	4200	4930
2020	Presídio Salvador	1233	900	4200	4930
2021	Presídio Salvador	1800	900	4200	6000
2022	Presídio Salvador	1200	900	6000	6000
2018	Casa do Albergado e Egressos	120	24	300	400
2019	Casa do Albergado e Egressos	120	24	300	400
2020	Casa do Albergado e Egressos	120	24	300	400
2021	Casa do Albergado e Egressos	120	24	300	600
2022	Casa do Albergado e Egressos	120	24	300	400
2018	Hospital de Custódia e Tratamento	3000	0	1200	1600
2019	Hospital de Custódia e Tratamento	3000	0	1200	4800
2020	Hospital de Custódia e Tratamento	3000	0	2400	3000
2021	Hospital de Custódia e Tratamento	3000	0	1200	3000
2022	Hospital de Custódia e Tratamento	3000	0	1200	1600

Fonte: Elaborado pela autora com base no Anexo 7

Em um linguajar médico-científico, explica-se que os antidepressivos têm em comum “a capacidade de aumentar agudamente a disponibilidade sináptica de um ou mais neurotransmissores” (Moreno; Moreno; Soares, 1999, p. 25), sendo que, a depender da estrutura química, agem de forma distinta no Sistema Nervoso Central e geram efeitos adversos diferentes. Na presente pesquisa, observou-se que a Amitriptilina foi o medicamento mais distribuído (132.020 comprimidos) e, em segundo, a Fluoxetina (64.800 comprimidos).

Um ponto relevante para a pesquisa diz respeito aos antidepressivos tricíclicos (no presente caso, tem-se a Clomipramina e a Amitriptilina), os quais deixaram de ser os mais prescritos devido aos efeitos colaterais, com risco de overdose grave e fatal (Sadock; Sadock; Sussman, 2015). Verificou-se, também, que a Amitriptilina é associada a um maior efeito sedativo (Sadock; Sadock; Sussman, 2015)⁸⁴.

⁸⁴ Acrescente: “Alguns tricíclicos, em particular a amitriptilina e a doxepina, podem causar sonolência e sedação excessivas.” (Scippa; Oliveira, 2010, p. 343) e “Antidepressivos tricíclicos (ADT). Levam a sedação e hipotensão postural - imipramina, clomipramina, amitriptilina (utilizada na dor crônica, enxaqueca, depressão e insônia), nortriptilina e maprotilina.” (Pereira, 2010, p. 1184)

A questão é que os medicamentos receitados às pessoas em situação de cárcere e distribuídos para os presídios fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos (Rename), instrumento essencial ao Sistema Único de Saúde (SUS) para o cumprimento da sua atribuição de prover os medicamentos necessários às pessoas que precisam deles (Brasil, 2000)⁸⁵. Neste sentido, segundo Brunoni (*apud* Carvalho, 2023, n.p.), “muitos antidepressivos que existem na rede pública não são atualizados há anos. Isso cria um abismo de tratamento de transtornos mentais entre rede particular e pública”.

Para que não se perca de vistas: em 2019, 280 milhões de pessoas no mundo tinham algum Transtorno Depressivo, quadro que se agravou em aproximadamente 25% em 2020, primeiro ano da Pandemia (OMS, 2022). O Brasil, em 2015, era o segundo país com maior prevalência de depressão entre os países da América (WHO, 2017); entre 2011 a 2015, os antidepressivos foram as drogas psicoativas mais vendidas no país, com 51% (Brasil, 2021), reflexo da “epidemia da medicalização da tristeza em nossa sociedade” (Amarante, 2017, p. 92). Seus efeitos, todavia, são reportados:

Há abundantes evidências científicas de que os antidepressivos - como drogas psicoativas - produzem efeitos colaterais muito significativos na qualidade de vida de seus consumidores, alguns tragicamente devastadores. Essas drogas estão fortemente associadas ao aumento significativo de suicídios, em particular entre crianças e adolescentes. São pílulas que removem as emoções fortes e fracas (...) (Amarante, 2017, p. 99-100)

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (IBGE, 2019) traz alguns dados importantes que merecem ser criticamente analisados quanto aos diagnósticos de depressão no Brasil: em 2019, 10,2% das pessoas acima de 18 anos receberam diagnóstico de depressão por algum profissional de saúde mental, ou seja, 16,3 milhões de brasileiros(as); as Regiões Sul e Sudeste do país possuem percentuais maiores de pessoas diagnosticadas; as incidências maiores foram em mulheres; faixa etária de 60 a 64 anos; ensino superior completo e em pessoas brancas; os locais de atendimento predominantes foram consultórios particulares ou clínicas privadas. Sobre uso de medicamentos, tem-se:

Menos da metade dos homens (43,8%) e mulheres (49,3%) que referiram diagnóstico de depressão usavam medicamentos para depressão. A proporção

⁸⁵ Em sua edição de 2022, a Rename “apresenta os medicamentos oferecidos em todos os níveis de atenção e nas linhas de cuidado do SUS, proporcionando transparência nas informações sobre o acesso aos medicamentos da rede.” (Brasil, s.d.).

média do Brasil foi de 48,0%. A Região Norte apresentou a menor proporção (31,2%). A partir dos grupos de 60 anos, as proporções, de quem tomou remédio para doença, tornam-se maiores do que a média nacional: 56,3% de pessoas com 60 a 64 anos com tal diagnóstico; 56,8%, de 65 a 74 anos; e, 61,9%, entre as pessoas com 75 anos ou mais de idade. (IBGE, 2019, p. 69-70).

Anote-se que se trata de coleta de dados com limitações sobretudo quanto à população mais vulnerabilizada⁸⁶, tendo como população-alvo os(as) moradores(as) “em domicílios particulares permanentes pertencentes à área de abrangência geográfica da pesquisa” (IBGE, 2019, p. 11). A PNS aponta os grupos que têm mais acesso aos serviços de saúde (com destaque para as redes privadas), demonstrando que o diagnóstico e os possíveis tratamentos e acompanhamentos, sobretudo, não medicamentosos, estão relacionados a este vetor de acessibilidade. Segundo delineado em todo o meu trabalho, registro, mais uma vez: há prevalência dos transtornos mentais na população negra (Smolen; Araújo, 2017), de modo que os dados do IBGE se referem apenas ao público-alvo daquela pesquisa.

Além disto, duas últimas reflexões são necessárias: 1) grande parte das pessoas diagnosticadas com algum transtorno de saúde mental não recebem qualquer tratamento (OMS, 2022) e 2) conforme discuto no curso deste trabalho, alinho-me a ideia de que garantir acesso a serviços de saúde mental não deve significar mais fornecimento de medicamentos, salvo nos casos necessários, e sim possibilitar abordagens multidisciplinares centradas nos direitos humanos e no(a) sujeito(a), sem práticas universalizantes que ignorem a realidade individual.

4.2.3 Ansiolíticos

Conforme demonstrado no Gráfico 1, a classe dos ansiolíticos é a segunda mais dispensada aos presídios em questão, de 2018 a 2022. Há registro de distribuição de dois ansiolíticos, ambos benzodiazepínicos, o Diazepam de 5mg e 10mg e o Clonazepam (Rivotril) de 2mg. Na Tabela 2 abaixo, pode-se verificar a dispensação destes medicamentos para o Conjunto Penal Feminino, a Cadeia Pública, o Presídio Salvador, a Casa do Albergado e Egressos e o Hospital de Custódia e Tratamento, no período mencionado:

⁸⁶ “(...) excluídas as áreas com características especiais, classificadas, pelo IBGE, como setores de quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, setores com baixo patamar domiciliar, agrupamentos indígenas, unidades prisionais, instituições de longa permanência para idoso (ILPI), atendimentos integrados à criança e ao adolescente (AICA), conventos, hospitais, agrovilas de projetos de assentamentos rurais, e agrupamentos quilombolas.” (IBGE, 2019, p. 11).

Tabela 3 - Distribuição de ansiolíticos por unidade e quantidade entre 2018 e 2022

Ano	Unidade Prisional	Ansiolíticos		Antiepiléptico/Ansiolítico
		Diazepam 10mg	Diazepam 5mg	Clonazepam 2mg
2018	Conjunto Penal Feminino	7200	0	12000
2019	Conjunto Penal Feminino	9000	0	16000
2020	Conjunto Penal Feminino	8200	0	1050
2021	Conjunto Penal Feminino	7200	0	12000
2022	Conjunto Penal Feminino	7200	0	12000
2018	Cadeia Pública de Salvador	6900	0	0
2019	Cadeia Pública de Salvador	6000	0	0
2020	Cadeia Pública de Salvador	1500	0	0
2021	Cadeia Pública de Salvador	15000	0	0
2022	Cadeia Pública de Salvador	6900	0	12000
2018	Presídio Salvador	6900	0	0
2019	Presídio Salvador	6900	0	0
2020	Presídio Salvador	6900	0	0
2021	Presídio Salvador	9000	0	0
2022	Presídio Salvador	12000	0	20000
2018	Casa do Albergado e Egressos	600	0	120
2019	Casa do Albergado e Egressos	600	0	120
2020	Casa do Albergado e Egressos	600	0	120
2021	Casa do Albergado e Egressos	600	0	120
2022	Casa do Albergado e Egressos	600	0	120
2018	Hospital de Custódia e Tratamento	2400	1600	0
2019	Hospital de Custódia e Tratamento	2400	1600	0
2020	Hospital de Custódia e Tratamento	12000	6000	0
2021	Hospital de Custódia e Tratamento	2400	1600	0
2022	Hospital de Custódia e Tratamento	2400	1600	0

Fonte: Elaborado pela autora com base no Anexo 7

Os ansiolíticos são fármacos destinados aos sintomas causados pela ansiedade (Silveira, 2010) e, dentre eles, os benzodiazepínicos, agrupados assim em razão da sua estrutura molecular, têm sido os mais utilizados como ansiolíticos e indutores do sono (Bastos *et al.*, 2017). A atenção a este psicoativo se deve à quantidade distribuída ao Conjunto Penal Feminino e à unidade de presos provisórios, bem como em razão da maior possibilidade de dependência física e psicológica (Sadock, Sadock e Sussman, 2015) quando comparado com outros medicamentos. Os benzodiazepínicos:

(...) têm um efeito ansiolítico e sedativo rápido, são utilizados com mais frequência no tratamento imediato de insônia, agitação e ansiedade, inclusive aquela associada a qualquer transtorno psiquiátrico. Além disso, são usados como anestésicos, anticonvulsivantes e relaxantes musculares, bem como tratamento preferencial para a catatonia. (Sadock, Sadock e Sussman, 2015, p. 90).

É possível observar que há prevalência na distribuição de Clonazepam no Conjunto Penal Feminino. Foram direcionados 53.050 comprimidos de Clonazepam de 2mg, somente nesta unidade, de 2018 a 2022, com uma população média de 100 mulheres presas (Anexo C), enquanto na Cadeia Pública foram 12.000 caixas e no Presídio Salvador 20.000 caixas, ambos com população prisional superior ao Conjunto Penal Feminino (Anexo C). Consta-se também que, no Hospital de Custódia e Tratamento, não houve dispensação deste psicotrópico.

Nesse ponto, importante registrar que o Clonazepam só foi distribuído à Cadeia Pública e ao Presídio Salvador em 2022, com um quantitativo que ultrapassou o Presídio Feminino naquele ano, o que pode sugerir uma tendência para os próximos anos de utilização deste medicamento nas unidades masculinas. Além disso, foram distribuídos 8.000 a mais para a unidade de presos provisórios (Presídio Salvador).

Quanto ao Diazepam de 10mg, de 2018 a 2022, no Presídio Feminino, foram 38.800 caixas, na Cadeia Pública, foram 36.300 caixas, no Presídio Salvador, 41.700 caixas e, no Hospital de Custódia e Tratamento, 21.600. Sendo que, neste último, ainda houve a distribuição do Diazepam de 5mg, com 12.400 caixas. Vê-se a prevalência do Diazepam na unidade destinada a presos provisórios e na unidade feminina.

No caso do Clonazepam, destaque-se que sua classificação terapêutica é de anticonvulsivante (Anvisa, 2023) e, em uma primeira análise, o(a) leitor(a) poderia pensar que se trata de um remédio essencial e destinado ao cuidado de pessoas com crises convulsivas e epiléticas. Contudo, um breve estudo da literatura aponta para a utilização deste medicamento como ansiolítico, para tratamentos de transtorno de ansiedade e outros transtornos psiquiátricos (Sadock, Sadock e Sussman, 2015; Silva, 2010; Forsan, 2010; United Nations, 2023).

Assim, a leitura dos dados a partir da classe terapêutica do psicoativo - anticonvulsivante - pode sugerir que há cuidado e disponibilização de medicamento essencial para crises epiléticas ou convulsões. No entanto, o Clonazepam é um fármaco “de primeira escolha no tratamento das ansiedades” (Silva, 2010, p. 333) e os benzodiazepínicos (Clonazepam e o Diazepam, no caso desta pesquisa) são um dos medicamentos mais consumidos no mundo, o que vem sendo alertado como um problema de saúde pública (Forsan, 2010) devido ao uso exponencial e abusivo:

A prática de contenção química com o uso de substâncias psicotrópicas é de especial atenção para a saúde pública. O Brasil é o terceiro maior consumidor mundial de medicamentos ansiolíticos benzodiazepínicos, ficando atrás

apenas dos Estados Unidos e da Índia, e o sexto maior produtor dessas substâncias (Brasil, 2018, p. 15 *apud* United Nations, 2018).

De acordo com o II Relatório Brasileiro sobre Drogas (Brasil, 2021), entre 2011 e 2015, os ansiolíticos ocuparam a segunda posição de medicamentos psicoativos mais vendidos no país, com 35%⁸⁷. Em 2021, Uruguai, Chipre, Chile, Brasil e Costa Rica, nesta ordem, tiveram as maiores taxas de consumo de Clonazepam (United Nations, 2023) quando comparados com os demais países que forneceram dados sobre a fabricação e o consumo de psicotrópicos⁸⁸. Estes dados relacionam-se com a informação de que o Brasil, em 2015, era o país com maior prevalência de ansiedade na América (WHO, 2017).

Um exame que atravessa o uso desses psicoativos é o gênero, classe e raça dos(as) usuários(as). Na Rede de Atenção Psicossocial⁸⁹, que integra o Sistema Único de Saúde (SUS), observou-se a utilização dos medicamentos de forma predominante pelo gênero feminino (Silva, 2021). Revisões de literatura sobre estes psicofármacos no Brasil apontaram para a prevalência do consumo de benzodiazepínicos por mulheres em situações de maior vulnerabilidade social e econômica (Bezerra *et al.*, 2018; Boni *et al.*, 2021) e mulheres negras, com baixa renda e escolaridade (Medeiros Filho *et al.*, 2018):

o uso indiscriminado de benzodiazepínicos é estimulado geralmente por problemas sócios familiares, que por sua vez, são geradores de insônia e ansiedade, sendo as mulheres, donas de casa, com renda salarial entre 1 e 2 salários mínimos, com baixo nível de escolaridade e com idades entre 50 e 69 anos, o grupo mais afetado pelos efeitos colaterais causados pelo uso prolongado destes fármacos, incluindo transtornos pessoais e sociais. Além disso, as mulheres desempregadas constituem uma parcela importante dentro do universo de usuários crônicos destes medicamentos (Bezerra *et al.*, 2018, p. 213).

Na presente pesquisa, entre os pesquisados, houve a prevalência do sexo feminino (80,3%) (...) No que diz respeito à raça/cor, 58,1% dos participantes se autodeclararam preto/pardo na pesquisa em questão (...) o nível de escolaridade fundamental incompleto (48,8%) (...) O uso de psicofármacos no

⁸⁷ Segundo Medeiros Filho *et al.* (2018), em revisão de literatura sobre consumo de psicotrópicos na Atenção Primária à Saúde, os ansiolíticos aparecem em algumas pesquisas como a classe de psicoativos mais consumida.

⁸⁸ Relatórios sobre a fabricação, o consumo e outros dados relativos aos psicoativos são produzidos periodicamente pela Organização das Nações Unidas, contando com informações prestadas pelo Estados partes da Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 21 de fevereiro de 1971, em Viena. O Brasil assinou e ratificou a Convenção, por meio do Decreto n.º 79.388, de 14 de março de 1977, o que vincula o país a cumprir as disposições nela contidas, dentre as quais, a de informar dados sobre uso dos psicotrópicos no Brasil.

⁸⁹ “A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) corresponde a um conjunto articulado de diferentes pontos de atenção à saúde, instituída para acolher pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A assistência em saúde mental no Brasil envolve o Governo Federal, Estados e Municípios.” (Brasil, s.d.).

Serviço de Saúde lócus deste estudo encontra-se prevalente em mulheres pretas e/ou pardas, com baixa renda e escolaridade, que desempenham atividades laborais em casa e que apresentam adoecimento crônico (Medeiros Filho *et al.*, 2018, p. 8 e 10).

Importante explicar que o entrecruzamento entre os marcadores de classe, gênero e raça, neste caso, foi deduzido a partir dos dados sobre o perfil da população na linha de pobreza no Brasil, bem como acerca dos(as) usuários(as) do SUS. Neste sentido, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) (2023, p. 31) apontou que a “desigualdade é fortemente influenciada por padrões de desigualdade de renda, uma vez que a população pobre é predominantemente negra no Brasil, reflexos do racismo e segregação espacial desta população”.

Em 2022, a proporção de pessoas pobres no Brasil era: 28,7% brancos e 70,3% negros(as) - pretos e pardos - na linha da pobreza (IBGE, 2023). Além disto, a pesquisa sobre o perfil dos usuários do SUS, revelou que, em 2019, “69,9% das pessoas de 18 anos ou mais de idade que utilizaram algum serviço da Atenção Primária à Saúde, nos últimos seis meses anteriores à data da entrevista, eram mulheres; 60,9% das pessoas eram pretas ou pardas” (IBGE, 2019, p. 29).

Também neste tópico, gostaria de trazer ao debate o medicamento Prometazina, tendo em vista que somente ele foi responsável por 14,4% do total de medicamentos distribuídos às unidades prisionais em questão. Sua classe terapêutica é anti-histamínico e é usado para o tratamento do parkinsonismo e da distonia aguda induzidos por neurolépticos, mas também servem como hipnóticos e ansiolíticos; sendo a Prometazina considerada útil por seus efeitos sedativos (Morais; Oliveira, 2010), além de ansiolíticos (Sadock, Sadock; Sussman, 2015).

Entre os ditos e os não ditos, diferentes classes terapêuticas, indicações diversas de uso, estamos diante, na verdade, de uma questão de saúde pública, de um indicador de saúde mental no mundo, no Brasil e, especialmente, nos presídios, locais de disciplinamento, regulação, violências, de confinamento de sujeitos(as) interpelados na vida e morte pelos dispositivos de racialidade e gênero.

4.2.4 Antipsicóticos

A terceira classe de medicamentos mais distribuídos aos presídios constantes no documento de pesquisa foram os antipsicóticos. Nas unidades prisionais em questão, houve a

dispensação dos seguintes medicamentos classificados como antipsicóticos: Clorpromazina de 100mg, Olanzapina 5mg, Risperidona de 1mg e de 3mg, Haloperidol de 1mg e de 5mg e o Haloperidol Decanoato, conforme se infere da leitura da Tabela 3 abaixo exposta.

Tabela 4 - Distribuição por unidade e quantidade entre 2018 e 2022

Unidade Prisional	Clorpromazina 100mg	Olanzapina 5mg	Risperidona 1mg	Risperidona 3mg	Haloperidol 1mg	Haloperidol 5mg	Haloperidol Decanoato
Conjunto Penal Feminino	900	600	185	4100	960	1200	90
Conjunto Penal Feminino	1200	600	300	4500	1200	1500	180
Conjunto Penal Feminino	900	300	900	6000	960	1200	90
Conjunto Penal Feminino	900	600	600	4100	960	1200	90
Conjunto Penal Feminino	900	300	185	4100	960	1200	90
Cadeia Pública de Salvador	3000	0	3000	6000	900	1500	90
Cadeia Pública de Salvador	4500	0	3000	6000	1200	2400	120
Cadeia Pública de Salvador	3000	0	3000	9000	900	1500	80
Cadeia Pública de Salvador	3000	0	3000	6000	900	1500	90
Cadeia Pública de Salvador	3000	0	3000	6000	900	1500	90
Presídio Salvador	3000	0	3000	6000	900	1500	90
Presídio Salvador	3000	0	3000	6000	900	1500	90
Presídio Salvador	3000	0	3000	6000	900	1500	90
Presídio Salvador	3000	0	3000	6000	900	1500	90
Presídio Salvador	3000	0	6000	6000	900	1500	90
Casa do Albergado e Egressos	300	0	180	300	60	90	1
Casa do Albergado e Egressos	300	0	180	300	60	90	1
Casa do Albergado e Egressos	300	0	180	300	60	90	1
Casa do Albergado e Egressos	300	0	180	300	60	90	1
Casa do Albergado e Egressos	300	0	180	300	60	90	1
Hospital de Custódia e Tratamento	1200	0	900	3000	300	600	200
Hospital de Custódia e Tratamento	1200	0	900	3000	300	600	200
Hospital de Custódia e Tratamento	1200	0	900	3000	1200	600	200
Hospital de Custódia e Tratamento	1200	0	900	3000	300	600	200
Hospital de Custódia e Tratamento	1200	0	900	3000	300	600	200

Fonte: Elaborado pela autora com base no Anexo 7

De forma geral, os antipsicóticos são indicados para tratamento de esquizofrenia e mania aguda, mas também são sugeridos para pessoas com Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) e com Transtornos de Ansiedade. No entanto, se considerarmos que a prevalência da esquizofrenia na população brasileira é de 0,8% (Matos *et al.*, 2015), a distribuição deste psicoativo nos presídios pode sugerir o seu uso para outras finalidades, com destaque para a hipotensão ortostática e o efeito sedativo desses medicamentos (Coutinho; Chagas; Maronas, 2014; Morais; Oliveira, 2010), com destaque para a Clorpromazina (Barros; Duarte, 2020).

Válido lembrar, ainda, que o Hospital de Custódia e Tratamento (HCT) é destinado a pessoas em cumprimento de Medidas de Segurança, espécie de sanção penal imposta àqueles

considerados inimputáveis⁹⁰ ou semi-imputáveis⁹¹ que praticaram alguma conduta considerada crime, com previsão legal nos artigos 96 a 99, do Código Penal Brasileiro (Brasil, 1940). Assim, pessoas com transtorno mental que praticaram ato enquadrado como crime e que, no momento dos fatos, não tinham a capacidade de compreender a ilicitude do fato ou de se autodeterminar, ficarão sob a tutela do HCT, sujeitas a tratamento.

Chama atenção, portanto, que medicamentos antipsicóticos, com indicação de uso para casos de esquizofrenia, conforme as bulas dos medicamentos Clorpromazina, Haloperidol, Haloperidol Decanoato, Olanzapina e Risperidona⁹², tenham maior distribuição no Conjunto Penal Feminino (44.050 comprimidos) em comparação com o HCT (31.900 comprimidos), quando comparamos duas unidades com população prisional próxima, nos anos de 2018 a 2022. Além disso, nas prisões com maior quantitativo de pessoas presas, houve expressiva dispensação dos psicoativos: na Cadeia Pública, foram 78.170 comprimidos e, no Presídio Salvador, 75.450 comprimidos.

Nesse contexto de medicalização, alguns apontamentos finais são relevantes. Primeiro, quanto aos dois anos da Pandemia de Covid-19, que tornou ainda mais gravosa a situação das pessoas presas no Brasil (Silva; Sinhoretto, 2023), nos anos de 2020 e 2021, comparativamente tem-se que foram dispensados ao Conjunto Penal Feminino: 128.499 comprimidos (em 2018 e 2019, 144.314 comprimidos); à Cadeia Pública de Salvador: 109.370 comprimidos (em 2018 e 2019, 106.290 comprimidos); ao Presídio Salvador: 108.790 comprimidos (em 2018 e 2019, 92.600 comprimidos); à Casa do Albergado e Egressos: 7.640 comprimidos (em 2018 e 2019, 7.550 comprimidos) e; ao HCT: 81.500 comprimidos (em 2018 e 2019, 61.900 comprimidos).

Em que pese somente o presídio feminino tenha apresentado uma redução significativa na distribuição dos psicoativos, enquanto as outras unidades aumentaram, não se pode afirmar qual(is) fator(es) impactaram: diminuição na população prisional no período, redução no

⁹⁰ Os elementos constitutivos do crime são a tipicidade, a antijuridicidade e a culpabilidade. Entende-se como inimputável quem não tem a capacidade de compreender a ilicitude do fato ou de se autodeterminar (culpabilidade). Se não há presença de culpabilidade, em que pese a prática de fato típico e antijurídico, não há prática de crime, estando o inimputável sujeito à outra sanção penal, se atestada a periculosidade pericialmente. São inimputáveis os menores de 18 anos e aqueles com transtorno mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado. A Medida de Segurança destina-se ao tratamento dos inimputáveis ou semi-imputáveis que cometeram condutas típicas e antijurídicas e cuja periculosidade tenha sido atestada.

⁹¹ Quando a capacidade de culpabilidade é reduzida. Com o advento da sentença condenatória, a pena pode ser reduzida (artigo 26, parágrafo único, do Código Penal) ou substituída a pena por Medida de Segurança (artigo 96 do Código Penal) (Brasil, 1940).

⁹² As bulas podem ser consultadas por meio do site da Anvisa a partir do nome do medicamento, dentre outros critérios de busca. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/>.

consumo por autonomia da mulher e/ou uma retirada abrupta por escassez dos medicamentos. De todo modo, ainda assim, o Conjunto Penal Feminino, com população carcerária menor que à Cadeia Pública e o Presídio Salvador (Anexo C), permaneceu como a unidade com maior quantitativo de psicoativos, também na Pandemia de Covid-19.

Esse dado encontra assento no que foi levantado no estado da arte sobre o tema, no sentido de que os medicamentos psicoativos nos presídios femininos são usados de forma indiscriminada (Soares, 2002) e de maneira mais ampla às mulheres em situação de cárcere se comparado aos homens (Davis, 2018). Segundo Magno (2018), as mulheres encarceradas são proporcionalmente mais medicalizadas que os homens na mesma situação. Neste contexto, a autora faz uma releitura da noção trazida pela criminologia crítica quanto ao *continuum* do controle sobre os corpos das mulheres, apostando na hipótese de que “(...) a maior medicalização de corpos de mulheres encarceradas se destina a uma docilização muito específica, qual seja: a de produzir controle sobre o desejo, num ciclo retroalimentado, dos cativeiros e seus espaços específicos.” (Magno, 2018, p. 309).

Ao avaliar anotações de um prontuário médico-psicológico de uma mulher em situação de prisão, em São Paulo, Dina Alves (2017, p. 114) demonstra que o sofrimento psíquico no presídio é reduzido a termos “técnico-burocráticos da linguagem estatal”. No prontuário, consta seu “inconformismo com a prisão” e a angústia pela ausência dos remédios que acabaram, além de outros registros que revelam que a mulher estava adoecida mentalmente e fisicamente (não conseguia dormir, chorava todos os dias, estava triste, angustiada, estava há mais de duas semanas solicitando atendimento com o psiquiatra, teve febre e vomitou). Este relato coloca, mais uma vez, a produção de sofrimento psíquico e a medicalização nas prisões como elementos centrais no proceder institucional.

Uma realidade que não se pôde alcançar com os dados analisados diz respeito às mortes por suicídio nas cadeias, exemplo da atuação letal dos dispositivos de racialidade e de gênero com a produção de mortes físicas. Entre 2016 e 2019, a taxa de suicídios subiu de 15,7 para 25,2 mortes, a cada 100 mil presos. No entanto, a taxa não traduz o percentual real de mortes nas prisões brasileiras por suicídio, já que faltam informações nas bases de dados públicas gestadas pelas instituições do Sistema de Justiça Criminal (CNJ, 2023), o que demonstra, mais uma vez, a prática de gerenciamento dos dados públicos sobre a saúde e a vida da população prisional como uma razão de governar.

Se conforme já foi delineado até aqui, a maior parte das mulheres em situação de prisão está em sofrimento psíquico, antes mesmo do aprisionamento, diante de como opera raça, classe

e gênero em seus corpos, o encarceramento intensifica o adoecimento pelas diversas violações de direitos e o uso de psicoativos é abusivo nestes espaços, a medicalização apresenta-se, portanto, como um elemento constitutivo dos dispositivos de racialidade e de gênero que se associa à punição como uma extensão ou combinação desta. Com isto, evidencia-se um cenário preocupante: assim como a eugenia e as práticas higienistas foram adotadas como política de Estado (Brasil, 1934; Engel, 2001), há uma política de promoção da morte na gestão do sofrimento psíquico da população encarcerada.

Pode-se dizer, também, que o processo de “mortificação do eu”⁹³ (Goffman, 1974), próprio das instituições totais que confinam o indivíduo (manicômios, presídios etc.), opera pela medicalização na alteração física dos comportamentos, padronizando ações e reações para a gestão prisional, assim fabrica-se: mais uma calma, mais uma em silêncio, mais uma “doida”, conforme se destaca de relatos de mulheres em situação de cárcere, em uma unidade prisional no Rio Grande do Norte:

(...) e as presas que fazem uso de medicação psicotrópica são motivo de chacota entre as colegas de cela: “Eles chamam a gente de doida aqui [...]. Quando vieram chamar a gente agora: - é porque tu é doida” (Figueiro, 2012, p. 15).

As pessoas aqui tem eu como loca, mas eu não sou, eu tenho juízo entendeu?! Só que... Só que as vezes assim, por mim ta, por eu ta presa, por muito tempo sem ta vendo as pessoas, assim, ai eu fico botando aquilo na minha cabeça. Então aquilo vai me dando uma perturbação, vai me deixando estressada, aqui aquela vontade de gritar, ta entendendo?! De, de fazer muita coisa, ai eu tomo o remédio e fico calma (M. G.). (Figueiro, 2012, p. 15).

Nesse sentido, Alves (2020, p. 11) aponta para a necessidade de reconhecer as especificidades da mulher negra encarcerada e as múltiplas opressões “(...) como atributos que produzem um complexo e difuso sistema de privilégios e de desigualdades que se refletem na

⁹³ Nesse processo, o indivíduo é despido de sua liberdade, suas vontades, seus comportamentos e dos papéis sociais anteriores ao aprisionamento, passando pela mortificação do eu para ser padronizado ao ambiente, mais um número, uma farda. Embora Goffman (1974, p. 49) pontue que “A mortificação ou mutilação do eu tendem a incluir aguda tensão psicológica para o indivíduo, mas para um indivíduo desiludido do mundo ou com sentimento de culpa, a mortificação pode provocar alívio psicológico”, compreendo que não há, diante do que foi pesquisado neste trabalho, um alívio psicológico, e sim um agravamento do sofrimento psíquico pelas condições do encarceramento. Contudo, prossegue o autor sinalizando que “(...) a tensão psicológica frequentemente criada por ataques ao eu pode também ser provocada por questões não percebidas como ligadas aos territórios do eu - por exemplo, perda do sono, alimento insuficiente, indecisão crônica.” (Goffman, 1974, p. 49), que foi visto nesta pesquisa como fatores que produzem e/ou intensificam o adoecimento mental.

realidade carcerária do país e na produção sistemática da ‘mulher negra criminosa/delinquente’”. Como um dos resultados dessas múltiplas opressões está o adoecimento mental, desencadeado ou potencializado pela situação de confinamento (Martins, 2019, p. 14). Contexto que aponta para alto uso de psicotrópicos, fora e dentro das prisões, como condição indissociável e permanente de um Estado que permanece erguendo muros das instituições da violência (Basaglia, 1985).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa proporcionou esmiuçar tanto dinâmicas locais, como apreender um quadro geral sobre o direito à saúde mental, encarceramento de mulheres e o uso de psicotrópicos. O recorte arqueológico-genealógico da medicalização de mulheres negras nos cárceres traçado neste trabalho caminhou pelas normas, regulamentos e políticas sobre o direito humano fundamental à saúde mental, perpassando pelas lutas antimanicomiais-antiprisionais-abolicionistas e nelas permanecendo, fincou bases em algumas pesquisas-teorias-práticas que entrecruzam a psiquiatria e o direito, os manicômios e os cárceres, a loucura e a criminalização.

Entender o processo de medicalização nos cárceres a partir das lutas antimanicomiais, possibilitou identificar os pressupostos sob os quais estão alicerçados a manicomialização, os diagnósticos, as intervenções em psiquiatria, o perfil social, racial e de gênero das pessoas que formaram o contingente aprisionado nos hospitais psiquiátricos e prisões. A eugenia, as práticas de higienização, fincadas no racismo, assim como a constituição de um orgânico feminino louco, permanecem engendrando práticas que tornam as pessoas negras, especialmente, as mulheres, objetos de violência. Neste aspecto, o racismo, a discriminação de gênero, dentre outros marcadores de opressão social, aparecem como elementos que produzem sofrimento psíquico.

A leitura das normas e políticas sobre o direito à saúde mental, incluindo o aparato normativo voltado às mulheres em situação de cárcere, em contraposição às reais práticas estabelecidas nestes espaços, revela que as contínuas violações de direitos, geram e/ou intensificam o adoecimento mental da população aprisionada, não se podendo falar em efetivação do direito à saúde mental. A medicalização psicoativa, embora solicitada, muitas vezes, por quem está aprisionada, não pode ser lida como uma prática de cuidado, tendo em vista as reais condições que levam a percepção do medicamento como fuga de uma realidade marcada por violências. O uso de medicamentos psicotrópicos, nesse contexto, emerge como forma de gestar a loucura, controlar e disciplinar mulheres e enquanto um *continuum* da violência psiquiátrica na institucionalização e no aprisionamento.

Na pesquisa, aferi a dificuldade de acesso a informações sobre o uso de psicotrópicos nos presídios; que há circulação de psicotrópicos nas unidades prisionais; antidepressivos, ansiolíticos e antipsicóticos, respectivamente, são as classes de psicoativos mais dispensadas às unidades pesquisadas, sendo que cada presídio tem uma classe terapêutica prevalente que pode

ser distinta das demais; uma maior destinação de medicamentos psicotrópicos, entre os anos de 2018 a 2022, ao Conjunto Penal Feminino, com população prisional menor em comparação aos presídios masculinos - Cadeia Pública e Presídio Salvador; o Presídio Salvador, unidade para presos provisórios, é a prisão que ocupa o segundo lugar, entre as unidades analisadas, que mais recebeu estes medicamentos, no período citado.

As categorias analíticas da governamentalidade e dos dispositivos de racialidade e de gênero permitiram situar a questão da medicalização de mulheres encarceradas em uma razão de governar voltada ao disciplinamento e à regulação da população que opera por estes dispositivos. Com isto, muito mais que uma prática local, vê-se que há uma tecnologia e redes em atuação. A análise dos discursos que se apresentaram no documento de pesquisa, a exemplo da constatação de que houve maior distribuição de psicotrópicos para o presídio feminino, colocam a medicalização como elemento constitutivo dos dispositivos de racialidade e de gênero, que nos presídios engendram mais uma forma de punição e morte. A verdade é que, como denunciado por Dina Alves (2022), o cárcere é um local tão violento que as punições se tornam naturais, seja qual for o motivo; de igual forma, os medicamentos se inserem nesta lógica, tornam-se naturais e constitutivos deste espaço.

Esse repensar do campo e todas as questões que envolvem o encarceramento e, em especial, o aprisionamento feminino, precisam ir além de propostas reformistas que constantemente servem às atualizações das tecnologias de punição e disciplinamento. Os caminhos possíveis para que a teoria na prática seja de efetivação de direitos e garantias perpassam por desconstruir e subverter as ideologias psiquiátricas-punitivas, forjadas no racismo e no sexismo, para viabilizar a única reforma possível: o de pleno acesso aos direitos e garantias historicamente negados à população, nos processos de invisibilização, com a efetiva participação desses(as) sujeitos(as).

Considerando que existem mais pessoas com transtornos mentais e psicológicos e em condição de sofrimento psíquico nas prisões do que em instituições psiquiátricas, as estratégias abolicionistas perpassam, necessariamente, pela demanda de novas instituições que possam promover o pleno acesso às garantias e aos direitos, historicamente negados à população negra e, especialmente, às mulheres negras e pobres (Davis, 2018). Nesta linha, a reestruturação e o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Mental que integra o Sistema Único de Saúde (SUS) demonstram-se fundamentais para a garantia de direitos à pessoa com transtornos mentais (Prado; Schindler, 2017) e em sofrimento psíquico.

O olhar por meio das lentes dos abolicionismos revela-se imprescindível para entender que as dinâmicas sobre crime e punição vão além dos muros prisionais, considerando que o complexo industrial-prisional é muito mais do que a soma de todas as cadeias e prisões do país; é o conjunto das relações simbióticas entre comunidades correcionais, corporações transnacionais, mídias e seus oligopólios, guardas, projetos legislativos, judiciário (Davis, 2018), polícia e demais relações de poder, discursos e práticas que se estabelecem socialmente. Assim, as estratégias abolicionistas mais eficazes precisam contestar essas relações e propor alternativas que as desmontem, destruindo não só os espaços físicos das prisões, mas a ideologia punitiva, na qual raça, classe e gênero são determinantes para a punição.

Das premissas às linhas finais, é preciso advertir que não se pode falar em liberdade enquanto “(...) qualquer outra mulher for prisioneira, ainda que as amarras dela sejam diferentes das minhas” e “(...) uma pessoa de cor permanecer acorrentada.”, conforme ensinou Audre Lorde (2019, p. 169). E, justamente por isto, o descortinar do agir estatal é ação fundamental para reivindicar liberdade que não seja a da sociedade de segurança, mobilizada pelos dispositivos de racialidade e de gênero. As leituras, reflexões e linhas escritas que me trouxeram até as considerações finais deixam ditos, não ditos e muitas possibilidades em aberto, como um (auto)chamado de críticas-rupturas, como propõe a banda soteropolitana, BaianaSystem, em sua música Sulamericano: “vamos que vamos, vou traçando vários planos, vou seguir cantarolando pra poder contra-atacar”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDELAZIZ, J. de S. **O uso de medicação psicotrópica por mulheres presas no Distrito Federal e as interfaces com a política nacional de atenção integral das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional.** Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde: Universidade de Brasília. 2017.

AKOTIRENE, C. **Ó paí, prezada! Racismo e sexismo institucionais tomando bonde no Conjunto Penal Feminino de Salvador.** Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas: Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2014.

ALMEIDA, A. de; LIMA, R. de; MORAIS, A. de. Análise do uso de medicamentos psicotrópicos no sistema penitenciário do Estado do Ceará. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 7, n. 2, 2018. p. 82–94.

ALMEIDA, G. Superando o politicamente correto: notas sobre o sexto princípio fundamental do Código de Ética do/a Assistente Social. *In: Conselho Regional de Serviço Social (Org.). Projeto ético político e exercício profissional em serviço social: os princípios do código de ética articulados à atuação crítica de assistentes sociais.* Rio de Janeiro: CRESS, 2013. p. 74-86.

ALMEIDA, S. **Racismo estrutural.** Pólen Produção, Editorial LTDA, 2019.

ALVES, D. Rés negras, juízes brancos: Uma análise da interseccionalidade de gênero, raça e classe na produção da punição em uma prisão paulistana. **CS**, n. 21, 2017. p. 97-120.

_____. Vidas marginais: a produção racial da delinquência feminina negra. **Boletim Protopias do Centro de Ciências Criminais Professor Raul Chaves**, Ano 1, N. 1, dezembro, 2020. p. 9-12. Disponível em: <https://ccrim.ufba.br/boletim-protopias>. Acesso em: 11 fev. 2022.

_____. CORPOGRAFIAS: Puxando cadeia junto. *In: BRAGA, A. G. M.; IGREJA, R. L.; CAPPI, R. (Orgs.). Pesquisar empiricamente o direito II: percursos metodológicos e horizontes de análise.* São Paulo: Rede de Estudos Empíricos em Direito, 2022. p. 171-198.

AMARANTE, P.; BASAGLIA, F. **Escritos Selecionados em Saúde Mental e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. Direitos humanos, cultura e loucura no Brasil: um novo lugar social para a diferença e a diversidade. *In: Oliveira, W. F. de; PITTA, A.; AMARANTE, P. (Org.). Direitos Humanos e Saúde Mental.* 2017. p. 107-133.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANGOTTI, B.; SALLA, F. Apontamentos para uma história dos presídios de mulheres no Brasil. **Revista de História de las Prisiones**, n. 06, 2018.

ARRUDA, J. S. de. Medicalização e controle dos corpos femininos na execução da medida socioeducativa de internação. *In: Pereira, M. de O.; Passos, R. G. (Org.). Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira*. 1ª Edição, Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

_____. “**NOS VERSOS ME SEGURO**”: uma etnografia documental da trajetória de meninas na medida socioeducativa de internação. 390 f. il. 2020. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020.

ASSIS, M. de. **O alienista**. São Paulo: FTD, p. 16-18, 1994.

BAHIA. Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização. **Dados Estatísticos**. 2023. Disponível em: <http://www.seap.ba.gov.br/pt-br/dados/17>. Acesso em: 18 dez. 2023.

BAHIA (Estado). Decreto n.º 16.457 de 09 de dezembro de 2015. Aprova o Regimento da Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização - SEAP. **Palácio do Governo do Estado da Bahia**, 09 de dezembro de 2015. Disponível em: http://www.seap.ba.gov.br/sites/default/files/2017-01/Decreto16457_2015.pdf. Acesso em: 06 jan. 2023.

BAHIA (Estado). **Lei n.º 12.212. 2011**. Modifica a estrutura organizacional e de cargos em comissão da Administração Pública do Poder Executivo Estadual, e dá outras providências. **Palácio do Governo do Estado da Bahia**, 04 de maio de 2011. Disponível em: <http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/lei-no-12212-de-04-de-maio-de-2011>. Acesso em: 07 jan. 2023.

BARROS, M. G. de; DUARTE, F. S. Potenciais reações adversas relacionadas a antipsicóticos ou antidepressivos e fármacos associados em pacientes do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) “Esperança” de Recife. **VITTALLE - Revista de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 32, n. 1, 2020. p. 56–69. DOI: 10.14295/vittalle.v32i1.8793. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/8793>. Acesso em: 08 fev. 2023.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASTOS, F. I. P. M. *et al.* (org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 29 dez. 2023.

bell hooks. **Ensinando a transgredir**: a educação como prática da liberdade. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2017.

BEZERRA, D. S. *et al.* MULHERES E O USO DE BENZODIAZEPÍNICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA WOMEN AND THE USE OF BENZODIAZEPINE: A INTEGRATION REVIEW. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v.18, n. 2, 2018. p. 204-215.

BOITEUX, L. Justiça patriarcalista e encarceramento de mulheres no Brasil. *In: Boletim Protopias do Centro de Ciências Criminais Professor Raul Chaves*, Ano 1, N. 1, dezembro, 2020. p. 9-12. Disponível em: <https://ccrim.ufba.br/boletim-protopias>. Acesso em: 11 fev. 2022.

BONI, B. S. *et al.* O uso de psicofármacos e/ou psicotrópicos: Uma revisão integrativa. **New Trends in Qualitative Research**, v. 8, 2021. p. 880-889.

BORGES, J. **O que é encarceramento em massa?** Belo Horizonte, Mg, Brasil: Letramento, 2018.

_____. **Encarceramento em massa.** São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen. 2019.

BRASIL. **Lei nº 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. **Diário Oficial da União.** Brasília, 6 de abril de 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 15 jan. 2023.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 16 jan. 2024.

_____. Ministério da Saúde, **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**, 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. [Constituição (1934)]. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil.** Rio de Janeiro: Presidência da República. 1934. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em: 19 fev. 2024.

_____. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 19 fev. 2024.

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Regras de Bangkok** - Regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras. 2016. 80 p. Disponível em: <https://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2018/01/documento-regras-de-bangkok.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2024.

_____. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 31 dez. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 13 jan. 2022.

_____. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: MS; 2004.

_____. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 2, 6 abr. 2001.

_____. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm. Acesso em: 11 fev. 2023.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 fev. 2022.

_____. Ministério da Educação. **Sistema de pós-graduação colhe informação com nova ferramenta**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/212-educacao-superior-1690610854/20337-sistema-de-pos-graduacao-colhe-informacao-com-nova-ferramenta>. Acesso em: 11 fev. 2023.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN)**. Brasília, DF: Departamento Penitenciário Nacional. 2017. Disponível em: http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/infopenmulheres_arte_07-03-18.pdf. Acesso em: 12 fev. 2022.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN)**. Brasília, DF: Departamento Penitenciário Nacional. 2019. Disponível em: http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/copy_of_Infopenmulheresjunho2017.pdf. Acesso em: 08 jun. 2022.

_____. Ministério da Saúde. GABINETE DO MINISTRO. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. **Diário Oficial da União**, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 2 ed. Brasília, 2005. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf. Acesso em: 07 jun. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional – PNAME**. Brasília, 2014b. Disponível em: http://www.justica.sp.gov.br/StaticFiles/SJDC/ArquivosComuns/ProgramasProjetos/PPM/U_PT-INTERM-MJ-MSPM-210_160114.pdf. Acesso em: 07 jun. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 maio 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção psicossocial**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 20 jan. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME - 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renome01.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename** 2013. 8 ed. Brasília-DF: Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/rename/publicacoes-antteriores/rename-2013.pdf/view>. Acesso em: 24 jan. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/rename>. Acesso em: 08 jan. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias**. Ministério da Saúde Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde 2018. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/14/ERRATA-Livro-USO-DE-MEDICAMENTOS-E-MEDICALIZACAO-DA-VIDA.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Substâncias Psicoativas**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/glossario/substancias-psicoativas#:~:text=As%20chamadas%20subst%C3%A2ncias%20psicoativas%20ou,e%20em%20estados%20da%20consci%C3%A2ncia>. Acesso em: 24 dez. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias**. Brasília, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 15 jul. 2023.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. Brasília, 2014a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 03 fev. 2022.

_____. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). **Diário Oficial da União**, 2011.

_____. Presidência da República. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 16 out. 2022.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres - SPM, **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM)**. Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Na América Latina, Brasil é o país com maior prevalência de depressão.** 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/na-america-latina-brasil-e-o-pais-com-maior-prevalencia-de-depressao>. Acesso em: 24 jan. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Transtornos de ansiedade podem estar relacionados a fatores genéticos.** 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/transtornos-de-ansiedade-podem-estar-relacionados-a-fatores-geneticos>. Acesso em: 24 jan. 2023.

BRETAN, M. E. A. N. **Os múltiplos olhares sobre o adolescente e o ato infracional:** análises e reflexões sobre teses e dissertações da USP e da PUC/SP (1990-2006). 2008. Dissertação (Mestrado em Direito Penal) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. doi:10.11606/D.2.2008.tde-18122009-134124. Acesso em: 2024-04-07.

CAPONI, S. Sobre terapias de contención y psicofármacos: dispositivos biopolíticos de gestión de la loucura. *In: Oliveira, W. F. de; PITTA, A.; AMARANTE, P. (Org.). Direitos Humanos e Saúde Mental.* 2017. p. 157-196.

CARDOSO, L. Branquitude acrítica e crítica: A supremacia racial e o branco anti-racista. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, v. 8, n. 1, 2010. pp. 607-630.

CARNEIRO, Sueli. **Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser.** Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2023.

CARRASCOSA, D. **O Pacto de Bocaiúva:** a cumplicidade silenciosa do feminegricídio de Estado nas prisões. Salvador: Ogum's Toques Negros, 2023.

CARTA de Bauru – 30 anos. *In: ENCONTRO DE BAURU: 30 ANOS DE LUTA “POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS”.* Bauru. 2017. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/11/relatorio-encontro-de-bauru-1.pdf>. Acesso em: 29 maio. 2023.

CARVALHO, R. Por que o Brasil tem a população mais depressiva da América Latina. **BBC News Brasil**, 2023. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/czkekymmv55o>. Acesso em: 30 jun. 2022.

CARVALHO, S. G. de; SANTOS, A. B. S. a dos; SANTOS, I. M. A pandemia no cárcere: intervenções no superisolamento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, 2020. p. 3493-3502.

CASTRO, M. Mais de 60 mil pessoas morreram no maior manicômio do Brasil. **Agência Brasil**, 2015. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2015-08/mais-de-60-mil-pessoas-morreram-no-maior-manicomio-do-brasil>. Acesso em: 03 mar. 2024.

CEBRID. Departamento de Psicobiologia - Unifesp/EPM, [s.d.]. **Dependência.** Disponível em: https://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/dependencia.htm#:~:text=A%20depend%C3%Aancia%20f%C3%ADsica%20caracteriza%2Dse,%C3%A9%20a%20s%C3%AAndrome%20de%20abstin%C3%Aancia. Acesso em: 17 abr. 2022.

_____. **Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas**. 2015. Disponível em: <https://www.cebrid.com.br/livreto-informativo-sobre-drogas/>. Acesso em: 24 dez. 2023.

CEJIL-CENTRO PELA JUSTIÇA E DIREITO INTERNACIONAL. **Relatório sobre as mulheres encarceradas no Brasil**, 2007.

CELLARD, A. A análise documental. In: Poupart, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução: Ana Cristina Arantes Nasser. 3. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2012. p. 295-316.

CLONAZEPAM: comprimidos. Farmacêutica responsável: Dra. Telma Elaine Spina [Bula]. Hortolândia/SP: EMS S/A, 2022. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?numeroRegistro=102350752>. Acesso em: 21 dez. 2023.

CNJ. **Regras de Bangkok**: regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas medidas não privativas para mulheres infratoras. Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/03/27fa43cd9998bf5b43aa2cb3e0f53c44.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2023.

CNJ. **Letalidade prisional**: uma questão de justiça e de saúde pública. Brasília: CNJ, 2023.

CFP - CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (org). **Hospitais psiquiátricos no Brasil**: Relatório de inspeção Nacional. 1. ed. Brasília, 2019.

CAPES - COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. **Concessão de Bolsas de pós-graduação da Capes no Brasil**. Atualizado em 22 de março de 2021. GeoCapes. Disponível em <https://geocapes.capes.gov.br/geocapes>. Acesso em: 31 mar. 2022.

CORREIA, L. C.; MALHEIRO, A. V. F.; ALMEIDA, O. M. de. Romper o silêncio para a garantia dos direitos das mulheres em sofrimento mental autoras de delito. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, v. 123, 2016. p. 301-327.

CORREIA, L. C. **Por uma pedagogia da loucura**: experiências de assessoria jurídica popular universitária no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Tese (Doutorado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade de Brasília. Brasília. 2018.

COSTA, T. *et al.* Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, 2006. p. 363-380.

COUTINHO, S. A. M.; CHAGAS, D. R. S.; MARONAS, P. Antipsicóticos—uma abordagem farmacológica, com enfoque clínico. **ACTA MSM-Periódico da EMSM**, v. 2, n. 1, 2014. p. 9-22.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Rev. Estud. Fem.** Florianópolis, v. 10, n. 1, Jan. 2002. p. 171-188. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 fev. 2023.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Tradução: Magda França Lopes. 3ª ed. Porto Alegre: artmed. 2010.

CUNHA, M.C. P. Loucura, gênero feminino: As mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX. A mulher e o espaço público. **Revista Brasileira de história**, Marco Zero, n. 18, 1989.

CURIEL, O. Construindo metodologias feministas desde o feminismo decolonial. *In*: Melo, P. B. de *et al.* (Org.). **Descolonizar o feminismo**. Brasília: Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Brasília. 2019. p. 32-51.

DALGALARRONDO, P. Introdução geral à semiologia psiquiátrica. *In*: DALGALARRONDO, P. (Org.) **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 23-26.

DAVIS, A. **Estarão as prisões obsoletas?**. Tradução: Marina Vargas. 1ª ed. Rio de Janeiro: Difel, 2018.

DAVIS, A. *et al.* **Abolicionismo. Feminismo. Já**. [S.l.]: Companhia das Letras, 2023.

DE LA SALUD, Asamblea Mundial. **Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020**. 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1. Acesso em: 11 mar. 2022.

DESINSTITUTE. **Saúde Mental em Dados**: Acesse as edições eletrônicas de 2006 a 2015. Desinstitute, 23 set. 2021. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/saude-mental-em-dados-acesse-as-edicoes-eletronicas-de-2006-a-2015/>. Acesso em: 09 mar. 2024.

DESLANDES, S. F. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. *In*: Minayo, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2002. p. 31-50.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Letras Livres; Editora da UnB, 2013.

ENGEL, M. Psiquiatria e feminilidade. *In*: Del Priore, M.; Bassanezi, C. (Org.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2001. p. 322-361.

_____. As fronteiras da ‘anormalidade’: psiquiatria e controle social. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 5, 1999. p. 547-563.

FAUSTINO, D. M. FRANTZ FANON E A MENTAL BRASILEIRA DIANTE DO RACISMO. *In*: Magno, P. C.; Passos, R. G. (Org.). **Direitos humanos, saúde mental e racismo**: diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2020. p. 34-47.

FANON, F. **Os condenados da terra**. Tradução: Serafim Ferreira. Lisboa: Editora Ulisseia Ltda, 1965.

FARIA, T. D. **Memória de um silêncio eloquente**: a criminalização das mulheres no Brasil na primeira metade do século XX. Tese (Doutorado em Direito) - Faculdade de Direito: Universidade de Brasília. Brasília. 2013.

_____. **História de um silêncio eloquente:** Construção do estereótipo feminino e criminalização das mulheres no Brasil. Editora D'Plácido, 2018.

FEITOSA, R.; VIEIRA, V.; CABRAL, S.; ANDRADE, D. de; FREITAS, L. de. Caracterização dos diagnósticos e psicotrópicos das pessoas privadas de liberdade. **Revista Enfermagem atual in Derme**, [s. l.], v. 87, ed. 25, 2019.

FELICIO, E. V. M. **O DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE PELO ENCARCERAMENTO.** Dissertação (Mestrado em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas) - Faculdade de Direito, Universidade Santa Cecília. Santos. 2019.

FGV DAPP. **Policy paper – Encarceramento Feminino.** Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:
<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/25741/Encarceramento%20feminino.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 14 set. 2023.

FIGUEIREDO, A. M. de; SOUZA, S. R. G. de. **Como elaborar projetos, monografias, dissertações e teses:** da redação científica à apresentação do texto final. Ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

FIGUEIRÓ, R.; DIMENSTEIN, M.; ALVES, D.; MEDEIROS, G. Consumo de Medicação Psicotrópica em uma Prisão Feminina. **Psicologia Política**, [S. l.], v. 15, n. 34, dez. 2015. p. 531-546.

FIGUEIRÓ, R. de A. Consumo de psicotrópicos em um centro de detenção provisória feminino do Rio Grande do Norte, Brasil. *In: IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.* Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, 2012.

FLAUZINA, A. L. P. **Corpo negro caído no chão:** o sistema penal e o projeto genocida do Estado brasileiro. 2006. 145 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

FORSAN, M. A. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos:** uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado. Minas Gerais, 2010. Disponível em:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0649.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2023.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. **Carta do IV Seminário Internacional a Educação Medicalizada:** desver o mundo, perturbar os sentidos. Salvador, Bahia, 2015. Disponível em: <http://seminario4.medicalizacao.org.br/carta-do-iv-seminario-internacional-a-educacao-medicalizada-desver-o-mundo-perturbar-os-sentidos/>. Acesso em: 04 mar. 2024.

FOUCAULT, Michel. **A Hermenêutica do Sujeito.** Curso dado no Collège de France (1981-1982). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **A História da Loucura na Idade Clássica.** 1997. São Paulo, Perspectiva, 1978.

_____. **Arqueologia do Saber**. Tradução: Eduardo Brandão. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2023.

_____. **A verdade e as formas jurídicas**. Tradução: Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Morais. 3ª Edição, Rio de Janeiro: NAU Editora, 2002.

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

_____. **Microfísica do poder**. Tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, v. 4, 1979.

_____. **Nascimento da biopolítica**. Curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo, 2008.

_____. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). Martins fontes, 2006.

_____. **Segurança, território, população**. Tradução: Luiz Felipe Baeta Neves. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. Tecnologias de si, 1982. **verve. revista semestral autogestionária do Nu-Sol.**, n. 6, 2004.

_____. Verdade e subjectividade (Howison Lectures). **Revista de Comunicação e linguagem**. Lisboa: Edições Cosmos, no. 19, 1993. p. 203-223.

_____. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. Tradução por Raquel Ramallete. 24ª Edição, Petrópolis: Editora Vozes, 1977.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 74ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2020.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. SciELO-Editora FIOCRUZ, v. 2, 2017.

FREITAS, F. F. P. de. Direitos humanos e opressão psiquiátrica: a violência da medicalização. In: Oliveira, W. F. de; PITTA, A.; AMARANTE, P. (Org.). **Direitos Humanos e Saúde Mental**. 2017. p. 134-156.

GARDELIO, M. F. S. **A teoria na prática é outra**: entre silêncios e produções acadêmicas sobre Direito à saúde mental, mulheres em situação de cárcere e medicalização feminina. Monografia (Graduação em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

GARDELIO, M. F. S.; LOURENÇO, L. C.; GUIMARÃES, T. R. O. Descrevendo sentenças e punições: um estudo do conjunto dos argumentos constante nos prontuários arquivados no presídio de Salvador-BA (2017-2018). **Anais 5º Seminário Internacional de Pesquisa em Prisão**. São Paulo: FFLCH-SUP, 2019.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

GÓES, L. CORPOS NEGROS. PRISÕES BRANCAS: REDISCUTINDO A PERICULOSIDADE COM O CRIMINÓLOGO (?) FRANTZ FANON. *In*: Magno, P. C.; Passos, R. G. (Org.). **Direitos humanos, saúde mental e racismo: diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon**. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2020. p. 156-170.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Editora Perspectiva, 1974.

GUIMARÃES, T. R. O. Grades, palavras e sujeitos: análise do relatório final da CPI das Prisões de 2015. **Revista Latino-Americana de Criminologia**, v. 2, n. 02, 2022. p. 174-209.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas**. Rio de Janeiro : IBGE, 2020. 66p.

_____. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2023**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102052.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2023.

JUNIOR, A. J. de O.V. *et al.* Contribuições da lei de acesso à informação para o avanço da transparência no Brasil. **Revista Gestão e Desenvolvimento**, v. 16, n. 3, 2019. p. 134-152.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia do Trabalho Científico**. 4ª ed. São Paulo: Atlas. 1992.

LAURETIS, T. de. A tecnologia do gênero. Tradução de Suzana Funck. *In*: Hollanda, H. (Org.). **Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 208-228.

LIMA, F. Vidas Pretas, Processos de Subjetivação e Sofrimento Psíquico: sobre viveres, feminismo, interseccionalidades e mulheres negras. *In*: Pereira, M. de O.; Passos, R. G. (Org.). **Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira**. 1ª Edição, Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

LIMA, L. F. C.; SILVA, M. C. **O aumento do encarceramento feminino no Brasil: pobreza, seletividade penal e desigualdade de gênero**. Observatório das Desigualdades, 2020. Disponível em: <http://observatoriodesigualdades.fjp.mg.gov.br/?p=975> . Acesso em: 09 dez. 2022.

LIMA, T. C. S. de; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**, v. 10, n. SPE, 2007. p. 37-45.

LISPECTOR, C. **Aprendendo a viver**. Rocco, 2004.

LOURENÇO, L. C.; ALVAREZ, M. C. Estudos sobre prisão: um balanço do estado da arte nas ciências sociais nos últimos vinte anos no Brasil (1997-2017). **BIB-Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, n. 84, 2017. p. 216-236.

LOURENÇO, L. C. *et al.* **Dispositivo punitivo e prisão**: um estudo dos prontuários de uma unidade destinada a presos provisórios, Salvador/BA (2017-2018). UFBA: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Salvador, 2019. Disponível em : <<https://www.lassos.ffch.ufba.br/wp-content/uploads/RELAT%C3%93RIO-2019-dispositivo-punitivo-em-a%C3%A7%C3%A3o-relat%C3%B3rio-de-pesquisa-dez-2.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2022.

MAGNO, P. C. "Sujeitas-Haldol": um estudo sobre o uso da camisa de força química como docilização de corpos no cárcere. *In*: Boiteux, L.; MAGNO, P. C.; BENEVIDES, L. (Org.). **Gênero, feminismos e sistemas de Justiça**: discussões interseccionais de gênero, raça e classe. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2018. p. 294-314.

MAGNO, P. C. Mulheres, Medida de Segurança e cegueira do sistema de justiça: o papel das Defensorias Públicas. *In*: Pereira, M. de O.; Passos, R. G. (Org.). **Luta antimanicomial e feminismos**: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. 1ª Edição, Rio de Janeiro: Autografia, 2017. p. 25-51.

MANIFESTO DE BAURU. **II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental**, 1987, Bauru. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 1987. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2023.

MARTINI, M. A seletividade punitiva como instrumento de controle das classes perigosas. **Revista MPMG Jurídico**, ano 3, n.11, p. 45-47, 2007.

MARTINS, L. M. R. **Um olhar negro sobre o sofrimento psíquico e as vozes silenciosa das mulheres encarceradas**: um diagnóstico sobre as políticas de saúde mental no sistema carcerário no Brasil. 2019. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento) - Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política, Universidade Federal Da Integração Latino-Americana (UNILA), Foz do Iguaçu, 2019.

MATOS, G. et al. Schizophrenia, the forgotten disorder: the scenario in Brazil. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 37, 2015. p. 269-270.

MAZZAIA, M. C. Necessidades em saúde mental e pesquisa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, 2018. p. 2198-2199.

MEDEIROS FILHO, J. S. de A. *et al.* Uso de psicofármacos na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 3, 2018.

MENDES, S. da R. **(Re)pensando a criminologia**: reflexões sobre um novo paradigma desde a epistemologia feminista. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social**: Teoria, método e criatividade. 20ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MIRANDA, A. **Subnotificação, descaso e falta de dados: pesquisadores denunciam problemas da pandemia nas prisões.** Disponível em: <https://noticias.ufsc.br/2022/01/subnotificacao-descaso-e-falta-de-dados-pesquisadores-denunciam-problemas-da-pandemia-nas-prisoos/>. Acesso em: 27 abr. 2022.

MORAIS, R. M. O.; OLIVEIRA, I. R. Antipsicóticos. *In: Silva, Penildon et al. Farmacologia*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

MOREIRA, S. V. Análise documental como método e como técnica. *In: Duarte, J.; Barros, A. (Org.). Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo: Atlas, 2005. p. 269-279.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; SOARES, M. B. de M. Psicofarmacologia de antidepressivos. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 21, 1999.

OASHI, A. M. M. **MULHERES ENTRE MUROS: POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E JUSTIÇA SOCIAL NA REALIDADE DO CENTRO DE REEDUCAÇÃO FEMININO MARIA JULIA MARANHÃO.** Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito, Centro Universitário de João Pessoa. João Pessoa. 2018.

OLIVEIRA, A. A. P. de. **Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto “Nossas crianças: Janelas de oportunidades”** no município de São Paulo à luz da Promoção da Saúde. 2007. 210 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, N. A. de. **Execução penal e dignidade da mulher no cárcere: uma visão por trás das grades.** Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2018.

OLIVEIRA, E. C. de; HARAYAMA, R. M.; VIÉGAS, L. de S. DROGAS E MEDICALIZAÇÃO NA ESCOLA: REFLEXÕES SOBRE UM DEBATE NECESSÁRIO. *Revista Teias*, [S.l.], v. 17, n. 45, p. 99-118, maio 2016. ISSN 1982-0305. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistateias/article/view/24598/17578> . Acesso em: 11 jan. 2024.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. 1990.

OPALEYE, E. S. *et al.* **II Relatório Brasileiro Sobre Drogas: Resumo dos Dados por Unidade Federativa**. 2021.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10ª revisão. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1995.

_____. **Informe Mundial Sobre Salud Mental: Transformar La Salud Mental Para Todos;** World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2022.

_____. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. 1. ed. Lisboa, 2002. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf . Acesso em: 20 ago. 2023.

_____. **Relatório mundial da saúde-Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Depressão.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em: 21 dez. 2023.

PASSOS, R. G. Frantz Fanon, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil: o que escapou nesse processo?. **Sociedade em Debate**, v. 25, n. 3, 2019. p. 74-88.

PEREIRA, M.de O.; PASSOS, R. G. Luta antimanicomial, feminismos e interseccionalidades: notas para o debate. *In*: Pereira, M. de O.; Passos, R. G. (Org.). **Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira.** 1ª Edição, Rio de Janeiro: Autografia, 2017. p. 25-51.

PEREIRA, M. de O. **Mulheres e loucura: narrativas de resistência.** Rio de Janeiro: Autografia. 2020.

POSSAS, M. T. (Org.). **5.º Relatório nacional sobre os direitos humanos no Brasil 2001-2010.** São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência da USP/NEV USP, 2012.

PRADO, A. M.; SCHINDLER, D. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Revista Direito GV**, v. 13, n. 2, 2017. p. 628-652.

QUIJANO, A. Colonialidade do Poder e Classificação Social. *In*: Santos, B. S.; MENESES, M. **Epistemologias do Sul.** Coimbra: Edições Almedina, 2009. p. 73 -118.

RAMÍREZ, B.; PARRA GALLEGO, G. Cárceles de la muerte: necropolítica y sistema carcelario en Colombia. **universitas humanística**, n. 82, 2016. p. 365-391.

REDE JUSTIÇA CRIMINAL. **Bahia entre lutas e abandono à morte: a realidade da Covid-19 nas prisões.** Disponível em: https://deixadosparamorrer.org/website/wp-content/uploads/2022/01/FINAL-BOLETIM_RJC-BA.pdf. Acesso em: 28 set. 2023.

RESENDE, M. S. de; PONTES, S.; CALAZANS, R. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. **Psicol. rev.** (Belo Horizonte), Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 534-546, set. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682015000300008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 dez. 2023.

REUSCH, P. T. **POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER NO SISTEMA PENITENCIÁRIO DO RIO GRANDE DO SUL - RS: UMA ANÁLISE COM BASE NO RELATÓRIO PARA OEA SOBRE MULHERES ENCARCERADAS NO BRASIL.** Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul. 2016.

REVERBEL, C. M. F. Desinstitucionalização: a construção de cidadania e a produção de singularidade. **Psicol., Ciênc. Prof. (Impr.)**, v. 16, n. 1, Set. 2016. p. 4 – 11. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/fGngdVsc4QbXfWpLTL8hMYr/>. Acesso em: 02 ago. 2022.

ROCHA, Aline dos Santos et al . The relationship between nutritional deficiencies and mental health. **Rev. chil. nutr.**, Santiago, v. 48, n. 1, p. 103-108, feb. 2021. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182021000100103. Acesso em: 05 jan. 2024.

SÁ, A. A. de. **Criminologia clínica e psicologia criminal**. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2007.

SAAVEDRA, P. A. E. *et al.* Dispensing of psychotropic drugs in the Brazilian capital city before and during the COVID-19 pandemic (2018–2020). **Frontiers in pharmacology**, v. 13. 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9822257/>. Acesso em: 05 jan. 2024.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; SUSSMAN, N. **Manual de farmacologia psiquiátrica**. Tradução: Maria Regina Lucena Borges-Osório. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

SALLA, F. A pesquisa sobre as prisões: um balanço preliminar. In: Koerner, A. (Org.). **História da justiça penal no Brasil: pesquisas e análises**. São Paulo: Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, 2006. p. 107-127.

SANTOS, A. dos. **Interoperabilidade e violência institucional no sistema prisional: (O caso da Comarca de Salvador–Bahia)**. 2015. 154 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Segurança Pública, Justiça e Cidadania) - Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

SANTOS, B. O.; PONTES, M. V. A. A primeira condenação do Brasil na Corte Interamericana: implicações para o surgimento do Fórum Cearense da luta antimanicomial. In: Oliveira, W. F. de; PITTA, A.; AMARANTE, P. (Org.). **Direitos Humanos e Saúde Mental**. 2017. p. 21-57.

SANVICENTE-VIEIRA, B. **Quais as diferenças de critérios diagnósticos, sintomas e sinais psicopatológicos?**. Youtube, 2021. 1 vídeo (8 min). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=-SJV_aJu68. Acesso em: 06 mai. 2023.

SARDENBERG, C. M. B. Da crítica feminista à ciência a uma ciência feminista?. In: Costa, A. A. A.; SARDENBERG, C. M. B. **Feminismo, ciência e tecnologia**. Salvador: REDOR/NEIM-FFCH/UFBA, 2002. p. 89-120.

SARLET, I. W. Teoria Geral dos Direitos Fundamentais. In: Silva Neto, M. J. e. **Curso de direito constitucional**. 6. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2017.

SCIPPA, A. M. A. M.; OLIVEIRA, I. R. Antidepressivos. In: Silva, Penildon *et al.* **Farmacologia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 343.

SEGATO, R. L. El color de la cárcel en América Latina. **Revista Nueva Sociedad**, n. 208, 2007. p. 142-161.

SILVA, J. L. P. da. **O direito fundamental à singularidade do portador de sofrimento mental: uma análise da Lei nº 10.216/01 à luz do princípio da Integridade do Direito**. 2007. 146 p. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade de Brasília. Brasília. 2007.

SILVA, L. K. S. **O USO DE BENZODIAZEPÍNICOS ENTRE AS MULHERES NO CONTEXTO DA RAPS**: uma revisão de literatura. 40 f. il. Monografia (Bacharelado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021.

SILVA, P.. Natureza da Farmacologia. *In*: Silva, Penildon *et al.* **Farmacologia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SILVA, R. de A.; SINHORETTO, J. Disputas sobre a gestão da pandemia de Covid-19 nas prisões brasileiras. **Revista de Estudos Empíricos em Direito**, v. 10, p. 1-32, 2023.

SILVA, V. Controlo e punição: as prisões para mulheres. **Ex aequo**, v. 28, 2013. p. 59-72.

SILVEIRA, M. A. B. Ansiolíticos. *In*: Silva, Penildon *et al.* **Farmacologia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SIMAS, L. A. **O corpo encantado das ruas**. Rio De Janeiro: Civilização Brasileira, 2019.

SMOLEN, J. R.; ARAÚJO, E. M. de. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & saúde coletiva**, v. 22, 2017. p. 4021-4030.

SOARES, B. M.; ILGENFRITZ, I. **Prisioneiras**: vida e violência atrás das grades. Rio de Janeiro: Garamond, 2002.

SOUZA, A. R. L. de; OPALEYE, E. S.; NOTO, A. R. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, 2013. p. 1131-1140.

SOUZA, M. Falta de informações sobre saúde de presos dificulta controle de doenças, alertam debatedores . **Câmara dos Deputados - Agência Câmara de Notícias**, Brasília. 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/809392-falta-de-informacoes-sobre-saude-de-presos-dificulta-controle-de-doencas-alertam-debatedores/>. Acesso em: 05 out. 2022.

SOUZA, N. S. **Tornar-se negro, ou, As vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. Brasil, Zahar, 2021.

TEIXEIRA, M. O. L.; RAMOS, F. A. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 15, 2012. p. 367.

TOMASIELLO, D. B. *et al.* **DESIGUALDADES RACIAIS E DE RENDA NO ACESSO À SAÚDE NAS CIDADES BRASILEIRAS. Texto para Discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea , 2023. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11454/4/TD_2832_Web.pdf . Acesso em: 18 out. 2022.

UNITED NATIONS. **Psychotropic Substances 2017**: Statistics for 2016, Assessments of Annual Medical and Scientific Requirements for Substances in Schedules II, III and IV of the Convention on Psychotropic Substances of 1971. New york: International Narcotics Control Board, 2018. Disponível em:

https://www.incb.org/documents/Psychotropics/technicalpublications/2017/Technical_Publication_2017_English_04042018.pdf. Acesso em: 30 dez. 2023.

_____. **Psychotropic Substances 2022**: Statistics for 2021, Assessments of Annual Medical and Scientific Requirements for 2023. Vienna: International Narcotics Control Board, 2023. Disponível em: <https://www.incb.org/documents/Psychotropics/technicalpublications/2022/Psychotropics-2022-ebook-Final.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2023.

VARELA-GONZALEZ, O. *et al.* Uso de Psicofármacos en prisión (CP Madrid III). **Rev. esp. sanid. penit.**, Barcelona, v. 9, n. 2, 2007. p. 38-46. Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202007000200002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 02 jan. 2022.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

WACQUANT, L. O lugar da prisão na nova administração da pobreza. Tradução por Paula Miraglia e Hélio de Mello Filho. **Novos Estudos-CEBRAP**, n. 80, 2008. p. 9-19.

WERNECK, J. Nossos passos vêm de longe! Movimento de Mulheres Negras e Estratégias Políticas contra o Sexismo e o Racismo. *In*: Werneck, Jurema (Org.). **Mulheres negras**: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Criola, 2010. p. 76-84. Disponível em: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/568_1640_livromulheresnegras1.pdf. Acesso em: 31 mai. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. World Health Organization, 2017.

ZAFFARONI, E. R. **A Questão Criminal**. Tradução de Sérgio Lamarão. 1. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2013.

_____. **Em Busca das Penas Perdidas**: a perda da legitimidade do sistema penal. Tradução de Vânia Pedrosa e Amir Conceição. 5. ed. Rio de Janeiro: Revan, 1991, 4ª impressão: 2015.

ZANELLO, V. A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. *In*: ZANELLO, V.; ANDRADE, A. P. M. de. **Saúde mental e gênero**: diálogo, práticas e interdisciplinaridade. Curitiba: Appris, 2014. p. 41-58.

APENSO A – RELAÇÃO E QUANTIDADE DE MEDICAMENTOS PSICOATIVOS POR CLASSE, UNIDADE PRISIONAL E ANO

Medicamentos psicotrópicos distribuídos a unidades prisionais baianas																					
		Ansiolíticos		Antiepiléptico/Ansiolítico	Anti-histamínicos	Anticolinérgicos	Antidepressivos				Antipsicóticos						Antiepilépticos				
Ano	Unidade Prisional	Diazepam 10mg	Diazepam 5mg	Clonazepam 2mg	Prometazina 25mg	Biperideno 2mg	Carbonato de Lítio	Clomipramina 25mg	Fluoxetina 20mg	Amitriptilina 25mg	Clorpromazina 100mg	Olanzapina 5mg	Risperidona 1mg	Risperidona 3mg	Haloperidol 1mg	Haloperidol 5mg	Haloperidol Decanoato	Ácido Valproico 500mg	Carbamazepina 200mg	Fenitoína 100mg	Fenobarbital 100mg
2018	Conjunto Penal Feminino	7200	0	12000	12000	0	3600	900	2100	1800	900	600	185	4100	960	1200	90	3000	1500	99	600
2019	Conjunto Penal Feminino	9000	0	16000	12000	0	3600	1500	2100	17500	1200	600	300	4500	1200	1500	180	3500	15000	900	900
2020	Conjunto Penal Feminino	8200	0	1050	15000	0	300	900	3000	1800	900	300	900	6000	960	1200	90	2550	1500	300	600
2021	Conjunto Penal Feminino	7200	0	12000	12000	0	3600	900	2100	18000	900	600	600	4100	960	1200	90	3000	15000	99	600
2022	Conjunto Penal Feminino	7200	0	12000	6000	0	3600	900	2100	18000	900	300	185	4100	960	1200	90	3000	15000	99	600
2018	Cadeia Pública de Salvador	6900	0	0	6000	0	1233	900	4200	6000	3000	0	3000	6000	900	1500	90	2465	3082	900	1200
2019	Cadeia Pública de Salvador	6000	0	0	12000	0	1200	600	4500	6000	4500	0	3000	6000	1200	2400	120	3000	6000	1200	1200
2020	Cadeia Pública de Salvador	1500	0	0	6000	0	1200	900	4800	6000	3000	0	3000	9000	900	1500	80	3000	3000	900	1200
2021	Cadeia Pública de Salvador	15000	0	0	6000	0	1200	900	4200	9000	3000	0	3000	6000	900	1500	90	6000	4500	900	1200
2022	Cadeia Pública de Salvador	6900	0	12000	6000	0	1233	900	4200	4930	3000	0	3000	6000	900	1500	90	2465	3082	900	1200
2018	Presídio Salvador	6900	0	0	6000	0	1233	900	4200	4930	3000	0	3000	6000	900	1500	90	2465	3082	900	1200
2019	Presídio Salvador	6900	0	0	6000	0	1233	900	4200	4930	3000	0	3000	6000	900	1500	90	2465	3082	900	1200
2020	Presídio Salvador	6900	0	0	15000	0	1233	900	4200	4930	3000	0	3000	6000	900	1500	90	2465	3082	900	1200
2021	Presídio Salvador	9000	0	0	6000	0	1800	900	4200	6000	3000	0	3000	6000	900	1500	90	4500	4500	900	1200
2022	Presídio Salvador	12000	0	20000	12000	0	1200	900	6000	6000	3000	0	6000	6000	900	1500	90	3600	6000	1200	1200
2018	Casa do Albergado e Egressos	600	0	120	600	0	120	24	300	400	300	0	180	300	60	90	1	200	360	60	60
2019	Casa do Albergado e Egressos	600	0	120	600	0	120	24	300	400	300	0	180	300	60	90	1	200	360	60	60

2020	Casa do Albergado e Egressos	600	0	120	600	0	120	24	300	400	300	0	180	300	60	90	1	200	360	60	60
2021	Casa do Albergado e Egressos	600	0	120	600	0	120	24	300	600	300	0	180	300	60	90	1	90	360	60	60
2022	Casa do Albergado e Egressos	600	0	120	600	0	120	24	300	400	300	0	180	300	60	90	1	300	360	60	60

2018	Hospital de Custódia e Tratamento	2400	1600	0	1200	300	3000	0	1200	1600	1200	0	900	3000	300	600	200	900	1200	600	600
2019	Hospital de Custódia e Tratamento	2400	1600	0	1200	300	3000	0	1200	4800	1200	0	900	3000	300	600	200	18000	1200	600	600
2020	Hospital de Custódia e Tratamento	12000	6000	0	12000	300	3000	0	2400	3000	1200	0	900	3000	1200	600	200	1800	3600	600	600
2021	Hospital de Custódia e Tratamento	2400	1600	0	1200	300	3000	0	1200	3000	1200	0	900	3000	300	600	200	9000	0	600	600
2022	Hospital de Custódia e Tratamento	2400	1600	0	1200	300	3000	0	1200	1600	1200	0	900	3000	300	600	200	900	1200	600	600

ANEXO A - RESPOSTA DA ATSSP

Governo do Estado da Bahia
Secretaria de Comunicação Social
Ouvidoria Geral do Estado
Ouvidoria Geral do Estado da Bahia

DEMANDA: 2785336

CONSIDERANDO A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL DO ESTADO DA BAHIA, QUE ATUALMENTE É GERENCIADA PELA SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA E RESSOCIALIZAÇÃO (SEAP), OS DADOS REQUISITADOS NA DEMANDA N° 5224402, SÃO DE RESPONSABILIDADE, REGISTRO E PODEM SER FORNECIDOS PELA REFERIDA SECRETARIA. NO ÂMBITO DE COMPETÊNCIA DESTA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB), DA PROMOÇÃO DAS ARTICULAÇÕES INTERSETORIAIS E INTERINSTITUCIONAIS REFERENTES À IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE (PNAISP), BEM COMO, ARTICULAÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), ESTA ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL SOLICITARÁ À SEAP O REPASSE DAS INFORMAÇÕES QUE CONSTAM NO DOCUMENTO DA OUVIDORIA.

ATENCIOSAMENTE,

EVELINE ARRUDA DE ALENCAR E MARJORY ELLEN LIMA COSTA

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL - ATSSP
DIANTE DO EXPOSTO ESTAMOS CONCLUINDO A DEMANDA.

A RESPOSTA DESTA DEMANDA FOI ENCAMINHADA PARA O EMAIL DO CIDADÃO.

AGRADECEMOS A REALIZAÇÃO DO REGISTRO, AO TEMPO EM QUE REITERAMOS QUE A ATUAÇÃO DA OUVIDORIA É DECORRENTE DA PARTICIPAÇÃO DO CIDADÃO NO FORTALECIMENTO DO SUS, FATOR QUE CONTRIBUI PARA A MELHORIA DOS SERVIÇOS. INFORMAMOS QUE ESTAMOS À DISPOSIÇÃO PARA OUTROS ATENDIMENTOS QUE SE FAÇAM NECESSÁRIOS ATRAVÉS DO 0800-2840011 OPÇÃO 1 - SAÚDE.

ANEXO B - RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS PSICOATIVOS

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
 Secretaria de Administração Penitenciária e
 Ressocialização
 Diretoria de Acompanhamento
 Biopsicossocial de Internos -
 SEAP/GAB/SRS/DABI

INFORMAÇÕES PARA PROCESSO

PROCESSO Nº 023.1912.2023.0005686-60

Interessado: Superintendência de Ressocialização Sustentável

Assunto: Pedido de Acesso à Informação 2815480 - INFORMAÇÃO DADOS ESTATÍSTICOS REFERENTE AO ESTADO

Prezado Superintendente,

Segue abaixo resposta da Central Médica Penitenciária referente ao Doc. 00068192547.

Atenciosamente,

Fernanda Neves

Diretora de Acompanhamento Biopsicossocial ao Interno

Em atendimento à solicitação da Ouvidoria Geral SUS, segue levantamento das informações abaixo relacionadas, acerca de dispensação de psicotrópicos no Conjunto Penal Feminino de Salvador, Casa de Albergado e Egressos, Hospital de Custódia e Tratamento e na Cadeia Pública de Salvador, entre os anos de 2018 a 2022.

Informamos que no ano de **2018** foram distribuídos os seguintes Psicotrópicos por Unidade solicitada;

- **Conjunto Penal Feminino /**

MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	3000
AMITRIPTILINA 25MG	1800 COMP
CARBAMAZEPINA 200MG	1500 COMP
CARBONATO DE LITIO	3600

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

CLOMIPRAMINA 25MG	900
CLONAZEPAM 2MG	12000
CLORPROMAZINA 100MG	900
DIAZEPAM 10MG	7200
FENÍTOINA 100MG	99
FENOBARBITAL 100MG	600
FLUOXETINA 20MG	2100
HALOPERIDOL 1MG	960
HALOPERIDOL 5MG	1200
HALOPERIDOL DECANOATO	90
OLANZAPINA 5MG	600
PROMETAZINA 25MG	12000
RISPERIDONA 1MG	185
RISPERIDONA 3MG	4100

- **Cadeia Pública de Salvador**

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	2465
AMITRIPTILINA 25MG	4930
CARBAMAZEPINA 200MG	3082
CARBONATO DE LITIO	1233
CLOMIPRAMINA 25MG	900
CLORPROMAZINA 100MG	3000
DIAZEPAM 10MG	6900
FENÍTOINA 100MG	900
FENOBARBITAL 100MG	1200
FLUOXETINA 20MG	4200
HALOPERIDOL 1MG	900
HALOPERIDOL 5MG	1500
HALOPERIDOL DECANOATO	90
PROMETAZINA 25MG	6000
RISPERIDONA 1MG	3000

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

RISPERIDONA 3MG	6000
-----------------	------

- **Presídio Salvador**

MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	2465
AMITRIPTILINA 25MG	4930
CARBAMAZEPINA 200MG	3082
CARBONATO DE LITIO	1233
CLOMIPRAMINA 25MG	900
CLOMPROMAZINA 100MG	3000
DIAZEPAM 10MG	6900
FENÍTOINA 100MG	900
FENOBARBITAL 100MG	1200
FLUOXETINA 20MG	4200
HALOPERIDOL 1MG	900
HALOPERIDOL 5MG	1500
HALOPERIDOL DECANOATO	90

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

PROMETAZINA 25MG	6000
RISPERIDONA 1MG	3000
RISPERIDONA 3MG	6000

- Casa do Albergado e Egressos

• MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	200
AMITRIPTILINA 25MG	400
CARBAMAZEPINA 200MG	360
CARBONATO DE LITIO	120
CLOMIPRAMINA 25MG	24
CLONAZEPAM 2MG	120
CLORPROMAZINA 100MG	300
DIAZEPAM 10MG	600
FENÍTOINA 100MG	60
FENOBARBITAL 100MG	60
FLUOXETINA 20MG	300

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

HALOPERIDOL 1MG	60
HALOPERIDOL 5MG	90
HALOPERIDOL DECANOATO	1
PROMETAZINA 25MG	600
RISPERIDONA 1MG	180
RISPERIDONA 3MG	300

- **Hospital de Custódia e Tratamento**

MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	900
AMITRIPTILINA 25MG	1600
BIPERIDENO 2MG	300
CARBAMAZEPINA 200MG	1200
CARBONATO DE LITIO	3000
CLORPROMAZINA 100MG	1200
DIAZEPAM 5MG	1600

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

DIAZEPAM 10MG	2400
FENÍTOINA 100MG	600
FENOBARBITAL 100MG	600
FLUOXETINA 20MG	1200
HALOPERIDOL 1MG	300
HALOPERIDOL 5MG	600
HALOPERIDOL DECANOATO	200
PROMETAZINA 25MG	1200
RISPERIDONA 1MG	900
RISPERIDONA 3MG	3000

Referente ao ano **2019**;

- **Conjunto Penal Feminino**

MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	3500
AMITRIPTILINA 25MG	17500 COMP

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

CARBAMAZEPINA 200MG	15000 COMP
CARBONATO DE LITIO	3600
CLOMIPRAMINA 25MG	1500
CLONAZEPAM 2MG	16000
CLOMPROMAZINA 100MG	1200
DIAZEPAM 10MG	9000
FENÍTOINA 100MG	900
FENOBARBITAL 100MG	900
FLUOXETINA 20MG	2100
HALOPERIDOL 1MG	1200
HALOPERIDOL 5MG	1500
HALOPERIDOL DECANOATO	180
OLANZAPINA 5MG	600
PROMETAZINA 25MG	12000
RISPERIDONA 1MG	300

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

RISPERIDONA 3MG	4500
-----------------	------

- **Cadeia Pública de Salvador**

MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	3000
AMITRIPTILINA 25MG	6000
CARBAMAZEPINA 200MG	6000
CARBONATO DE LITIO	1200
CLOMIPRAMINA 25MG	600
CLOMPROMAZINA 100MG	4500
DIAZEPAM 10MG	6000
FENÍTOINA 100MG	1200
FENOBARBITAL 100MG	1200
FLUOXETINA 20MG	4500
HALOPERIDOL 1MG	1200
HALOPERIDOL 5MG	2400
HALOPERIDOL DECANOATO	120

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

PROMETAZINA 25MG	12000
RISPERIDONA 1MG	3000
RISPERIDONA 3MG	6000

- **Presídio Salvador**

MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	2465
AMITRIPTILINA 25MG	4930
CARBAMAZEPINA 200MG	3082
CARBONATO DE LITIO	1233
CLOMIPRAMINA 25MG	900
CLORPROMAZINA 100MG	3000
DIAZEPAM 10MG	6900
FENÍTOINA 100MG	900
FENOBARBITAL 100MG	1200
FLUOXETINA 20MG	4200
HALOPERIDOL 1MG	900

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

HALOPERIDOL 5MG	1500
HALOPERIDOL DECANOATO	90
PROMETAZINA 25MG	6000
RISPERIDONA 1MG	3000
RISPERIDONA 3MG	6000

- Casa do Albergado e Egressos

• MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	200
AMITRIPTILINA 25MG	400
CARBAMAZEPINA 200MG	360
CARBONATO DE LITIO	120
CLOMIPRAMINA 25MG	24
CLONAZEPAM 2MG	120
CLORPROMAZINA 100MG	300
DIAZEPAM 10MG	600

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

FENÍTOINA 100MG	60
FENOBARBITAL 100MG	60
FLUOXETINA 20MG	300
HALOPERIDOL 1MG	60
HALOPERIDOL 5MG	90
HALOPERIDOL DECANOATO	1
PROMETAZINA 25MG	600
RISPERIDONA 1MG	180
RISPERIDONA 3MG	300

- **Hospital de Custódia e Tratamento**

MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	18000
AMITRIPTILINA 25MG	4800
BIPERIDENO 2MG	300
CARBAMAZEPINA 200MG	1200
CARBONATO DE LITIO	3000

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

CLORPROMAZINA 100MG	1200
DIAZEPAM 5MG	1600
DIAZEPAM 10MG	2400
FENÍTOINA 100MG	600
FENOBARBITAL 100MG	600
FLUOXETINA 20MG	1200
HALOPERIDOL 1MG	300
HALOPERIDOL 5MG	600
HALOPERIDOL DECANOATO	200
PROMETAZINA 25MG	1200
RISPERIDONA 1MG	900
RISPERIDONA 3MG	3000

Referente ao ano **2020**;

- **Conjunto Penal Feminino**

MEDICAMENTO	QUANTIDADE
-------------	------------

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

ACIDO VALPROÍCO 500MG	2550
AMITRIPTILINA 25MG	1800 COMP
CARBAMAZEPINA 200MG	1500 COMP
CARBONATO DE LITIO	300
CLOMIPRAMINA 25MG	900
CLONAZEPAM 2MG	1050
CLORPROMAZINA 100MG	900
DIAZEPAM 10MG	8200
FENÍTOINA 100MG	300
FENOBARBITAL 100MG	600
FLUOXETINA 20MG	3000
HALOPERIDOL 1MG	960
HALOPERIDOL 5MG	1200
HALOPERIDOL DECANOATO	90
OLANZAPINA 5MG	300

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

PROMETAZINA 25MG	15000
RISPERIDONA 1MG	900
RISPERIDONA 3MG	6000

- **Cadeia Pública de Salvador**

MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	3000
AMITRIPTILINA 25MG	6000
CARBAMAZEPINA 200MG	3000
CARBONATO DE LITIO	1200
CLOMIPRAMINA 25MG	900
CLOMPROMAZINA 100MG	3000
DIAZEPAM 10MG	1500
FENÍTOINA 100MG	900
FENOBARBITAL 100MG	1200
FLUOXETINA 20MG	4800
HALOPERIDOL 1MG	900

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

HALOPERIDOL 5MG	1500
HALOPERIDOL DECANOATO	80
PROMETAZINA 25MG	6000
RISPERIDONA 1MG	3000
RISPERIDONA 3MG	9000

- **Presídio Salvador**

MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	2465
AMITRIPTILINA 25MG	4930
CARBAMAZEPINA 200MG	3082
CARBONATO DE LITIO	1233
CLOMIPRAMINA 25MG	900
CLOMPROMAZINA 100MG	3000
DIAZEPAM 10MG	6900
FENÍTOINA 100MG	900
FENOBARBITAL 100MG	1200

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

FLUOXETINA 20MG	4200
HALOPERIDOL 1MG	900
HALOPERIDOL 5MG	1500
HALOPERIDOL DECANOATO	90
PROMETAZINA 25MG	6000
RISPERIDONA 1MG	3000
RISPERIDONA 3MG	6000

- Casa do Albergado e Egressos

• MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	200
AMITRIPTILINA 25MG	400
CARBAMAZEPINA 200MG	360
CARBONATO DE LITIO	120
CLOMIPRAMINA 25MG	24
CLONAZEPAM 2MG	120

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

CLOPRIMAZINA 100MG	300
DIAZEPAM 10MG	600
FENÍTOINA 100MG	60
FENOBARBITAL 100MG	60
FLUOXETINA 20MG	300
HALOPERIDOL 1MG	60
HALOPERIDOL 5MG	90
HALOPERIDOL DECANOATO	1
PROMETAZINA 25MG	600
RISPERIDONA 1MG	180
RISPERIDONA 3MG	300

- **Hospital de Custódia e Tratamento**

MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	1800
AMITRIPTILINA 25MG	3000
BIPERIDENO 2MG	300

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

CARBAMAZEPINA 200MG	3600
CARBONATO DE LITIO	3000
CLORPROMAZINA 100MG	1200
DIAZEPAM 5MG	6000
DIAZEPAM 10MG	12000
FENÍTOINA 100MG	600
FENOBARBITAL 100MG	600
FLUOXETINA 20MG	2400
HALOPERIDOL 1MG	1200
HALOPERIDOL 5MG	600
HALOPERIDOL DECANOATO	200
PROMETAZINA 25MG	12000
RISPERIDONA 1MG	900
RISPERIDONA 3MG	3000

Referente ao ano **2021**;

- **Conjunto Penal Feminino;**

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	3000
AMITRIPTILINA 25MG	18000
CARBAMAZEPINA 200MG	15000
CARBONATO DE LITIO	3600
CLOMIPRAMINA 25MG	900
CLONAZEPAM 2MG	12000
CLORPROMAZINA 100MG	900
DIAZEPAM 10MG	7200
FENÍTOINA 100MG	99
FENOBARBITAL 100MG	600
FLUOXETINA 20MG	2100
HALOPERIDOL 1MG	960
HALOPERIDOL 5MG	1200
HALOPERIDOL DECANOATO	90

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

OLANZAPINA 5MG	600
PROMETAZINA 25MG	12000
RISPERIDONA 1MG	600
RISPERIDONA 3MG	4100

- **Cadeia Pública de Salvador**

MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	6000
AMITRIPTILINA 25MG	9000
CARBAMAZEPINA 200MG	4500
CARBONATO DE LITIO	1200
CLOMIPRAMINA 25MG	900
CLORPROMAZINA 100MG	3000
DIAZEPAM 10MG	15000
FENÍTOINA 100MG	900
FENOBARBITAL 100MG	1200
FLUOXETINA 20MG	4200

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

HALOPERIDOL 1MG	900
HALOPERIDOL 5MG	1500
HALOPERIDOL DECANOATO	90
PROMETAZINA 25MG	6000
RISPERIDONA 1MG	3000
RISPERIDONA 3MG	6000

- **Presídio Salvador**

MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	4500
AMITRIPTILINA 25MG	6000
CARBAMAZEPINA 200MG	4500
CARBONATO DE LITIO	1800
CLOMIPRAMINA 25MG	900
CLORPROMAZINA 100MG	3000
DIAZEPAM 10MG	9000
FENÍTOINA 100MG	900

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

FENOBARBITAL 100MG	1200
FLUOXETINA 20MG	4200
HALOPERIDOL 1MG	900
HALOPERIDOL 5MG	1500
HALOPERIDOL DECANOATO	90
PROMETAZINA 25MG	6000
RISPERIDONA 1MG	3000
RISPERIDONA 3MG	6000

- Casa do Albergado e Egressos

• MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	90
AMITRIPTILINA 25MG	600
CARBAMAZEPINA 200MG	360
CARBONATO DE LITIO	120
CLOMIPRAMINA 25MG	24

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

CLONAZEPAM 2MG	120
CLOPRIMAZINA 100MG	300
DIAZEPAM 10MG	600
FENÍTOINA 100MG	60
FENOBARBITAL 100MG	60
FLUOXETINA 20MG	300
HALOPERIDOL 1MG	60
HALOPERIDOL 5MG	90
HALOPERIDOL DECANOATO	1
PROMETAZINA 25MG	600
RISPERIDONA 1MG	180
RISPERIDONA 3MG	300

- **Hospital de Custódia e Tratamento**

MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	9000
AMITRIPTILINA 25MG	3000

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

BIPERIDENO 2MG	300
CARBAMAZEPINA 200MG	00
CARBONATO DE LITIO	3000
CLORPROMAZINA 100MG	1200
DIAZEPAM 5MG	1600
DIAZEPAM 10MG	2400
FENÍTOINA 100MG	600
FENOBARBITAL 100MG	600
FLUOXETINA 20MG	1200
HALOPERIDOL 1MG	300
HALOPERIDOL 5MG	600
HALOPERIDOL DECANOATO	200
PROMETAZINA 25MG	1200
RISPERIDONA 1MG	900
RISPERIDONA 3MG	3000

Referente ao ano **2022**;

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

• Conjunto Penal Feminino ;

MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	3000
AMITRIPTILINA 25MG	18000 COMP
CARBAMAZEPINA 200MG	15000 COMP
CARBONATO DE LITIO	3600
CLOMIPRAMINA 25MG	900
CLONAZEPAM 2MG	12000
CLORPROMAZINA 100MG	900
DIAZEPAM 10MG	7200
FENÍTOINA 100MG	99
FENOBARBITAL 100MG	600
FLUOXETINA 20MG	2100
HALOPERIDOL 1MG	960
HALOPERIDOL 5MG	1200

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

HALOPERIDOL DECANOATO	90
OLANZAPINA 5MG	300
PROMETAZINA 25MG	12000
RISPERIDONA 1MG	185
RISPERIDONA 3MG	4100

- **Cadeia Pública de Salvador**

MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	2465
AMITRIPTILINA 25MG	4930
CARBAMAZEPINA 200MG	3082
CARBONATO DE LITIO	1233
CLOMIPRAMINA 25MG	900
CLONAZEPAM 2MG	12000
CLOMPROMAZINA 100MG	3000
DIAZEPAM 10MG	6900
FENÍTOINA 100MG	900

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

FENOBARBITAL 100MG	1200
FLUOXETINA 20MG	4200
HALOPERIDOL 1MG	900
HALOPERIDOL 5MG	1500
HALOPERIDOL DECANOATO	90
PROMETAZINA 25MG	6000
RISPERIDONA 1MG	3000
RISPERIDONA 3MG	6000

- **Presídio Salvador**

MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	3600
AMITRIPTILINA 25MG	6000
CARBAMAZEPINA 200MG	6000
CARBONATO DE LITIO	1200
CLONAZEPAM 2MG	20000
CLOMIPRAMINA 25MG	900

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

CLORPROMAZINA 100MG	3000
DIAZEPAM 10MG	12000
FENÍTOINA 100MG	1200
FENOBARBITAL 100MG	1200
FLUOXETINA 20MG	6000
HALOPERIDOL 1MG	900
HALOPERIDOL 5MG	1500
HALOPERIDOL DECANOATO	90
PROMETAZINA 25MG	12000
RISPERIDONA 1MG	6000
RISPERIDONA 3MG	6000

- Casa do Albergado e Egressos

• MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	300
AMITRIPTILINA 25MG	400

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

CARBAMAZEPINA 200MG	360
CARBONATO DE LITIO	120
CLOMIPRAMINA 25MG	24
CLONAZEPAM 2MG	120
CLORPROMAZINA 100MG	300
DIAZEPAM 10MG	600
FENÍTOINA 100MG	60
FENOBARBITAL 100MG	60
FLUOXETINA 20MG	300
HALOPERIDOL 1MG	60
HALOPERIDOL 5MG	90
HALOPERIDOL DECANOATO	1
PROMETAZINA 25MG	600
RISPERIDONA 1MG	180
RISPERIDONA 3MG	300

- **Hospital de Custódia e Tratamento**

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

MEDICAMENTO	QUANTIDADE
ACIDO VALPROÍCO 500MG	900
AMITRIPTILINA 25MG	1600
BIPERIDENO 2MG	300
CARBAMAZEPINA 200MG	1200
CARBONATO DE LITIO	3000
CLOPROMAZINA 100MG	1200
DIAZEPAM 5MG	1600
DIAZEPAM 10MG	2400
FENÍTOINA 100MG	600
FENOBARBITAL 100MG	600
FLUOXETINA 20MG	1200
HALOPERIDOL 1MG	300
HALOPERIDOL 5MG	600
HALOPERIDOL DECANOATO	200
PROMETAZINA 25MG	1200

06/06/2023, 15:48

SEI/GOVBA - 00068333123 - Informação para Processo

RISPERIDONA 1MG	900
RISPERIDONA 3MG	3000

Atenciosamente:

Karoline Diniz**Farmacêutica**

Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Chaves Neves, Diretor**, em 05/06/2023, às 13:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **00068333123** e o código CRC **DD221482**.

Referência: Processo nº 023.1912.2023.0005686-60

SEI nº 00068333123

ANEXO C – POPULAÇÃO CARCERÁRIA DO ESTADO DA BAHIA

CAPITAL / INTERIOR		MASCULINO					FEMININO					SAÍDA TEMPORÁRIA	SUBTOTAL	TOTAL	CAPACIDADE NOMINAL	CAPACIDADE REAL	EXCEDENTE		
		PROVISÓRIOS	CONDENADOS					PROVISÓRIAS	CONDENADAS										
		RF	RSA/INT	RSA/TE	RA	MS	PROVISÓRIAS	RF	RSA/INT	RSA/TE	RA	MS							
1	CASA DO ALBERGADO E EGRESSOS	0	0	81	3	0	0	0	0	0	0	0	0	84	84	110	82	2	
2	COLÔNIA AGRÍCOLA LAFAYETE COUTINHO	0	0	216	0	0	0	0	0	0	0	0	5	216	221	284	272	-51	
3	CENTRO DE OBSERVAÇÃO PENAL	55	12	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	76	76	96	82	-6	
4	HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO	111	0	0	0	0	81	8	0	0	0	0	7	207	207	150	128	87	
5	CONJUNTO PENAL FEMININO	0	0	0	0	0	0	39	23	6	0	0	0	68	68	132	111	-50	
6	PENITENCIÁRIA LEMOS BRITO	0	1106	131	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1237	1237	1031	1031	206	
7	PRECÍDIO SALVADOR	296	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	296	296	764	734	66	
8	UNIDADE ESPECIAL DISCIPLINAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	432	0	0	
9	CADEIA PÚBLICA DE SALVADOR	817	136	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	952	952	832	694	254	
10	COLÔNIA PENAL DE SIMÕES FILHO	0	0	168	0	0	0	0	0	0	0	0	19	168	187	244	228	-33	
11	CONJUNTO PENAL DE FEIRA DE SANTANA	597	760	351	0	0	33	24	7	0	0	0	59	1772	1831	1356	1356	475	
12	CONJUNTO PENAL DE JERQUIÊ	134	146	65	15	0	58	12	0	0	0	0	0	430	430	416	414	-14	
13	CONJUNTO PENAL ADV. NILTON GONÇALVES	2	0	107	46	0	0	0	13	0	0	0	0	168	168	187	187	-19	
14	PRECÍDIO REGIONAL ADV. ARISTON CARDOSO	72	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	72	72	180	80	-8	
15	PRECÍDIO REGIONAL ADV. RUY PENALVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	112	0	0	
16	CONJUNTO PENAL DE PAULO AFONSO	230	117	90	7	0	6	5	3	0	0	0	4	468	472	410	418	62	
17	CONJUNTO PENAL DE TEIXEIRA DE FREITAS	359	116	34	0	0	21	8	2	0	0	0	0	550	550	316	314	234	
18	CONJUNTO PENAL DE VALENÇA	191	36	99	0	0	0	0	0	0	0	0	0	326	326	268	264	-8	
19	CONJUNTO PENAL DE JUAZEIRO	378	467	64	0	0	20	7	0	0	0	0	0	936	936	756	754	180	
20	CONJUNTO PENAL DE SERRINHA	109	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	144	144	476	476	-332	
21	CONJUNTO PENAL VITÓRIA DA CONQUISTA	352	283	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	635	635	750	592	43	
22	CONJUNTO PENAL DE ITABUNA	182	533	99	7	0	14	13	0	0	0	0	0	848	848	670	678	178	
23	CONJUNTO PENAL MASCULINO DE SALVADOR	94	400	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	499	499	683	553	-54	
24	CONJUNTO PENAL DE EUÁPOLIS	257	242	69	6	0	0	0	0	0	0	0	0	574	574	457	457	117	
25	CONJUNTO PENAL DE LAURO DE FREITAS	0	4	397	0	0	0	0	0	0	0	0	0	401	401	430	430	-29	
26	CONJUNTO PENAL DE BARREIRAS	247	137	35	0	0	0	0	0	0	0	0	6	419	425	533	533	-108	
27	CONJUNTO PENAL DE BRUMADO	327	110	47	0	0	0	0	0	0	0	0	0	484	484	467	467	17	
28	CONJUNTO PENAL DE IRECÊ	256	169	80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	505	505	467	467	38	
TOTAL DE CUSTODIADOS NAS UNIDADES PRISIONAIS		5066	4819	2156	84	0	81	199	92	31	0	0	7	93	12535	12628	13029	11293	1280
SEGMENTO SEAP		MASCULINO					FEMININO					TOTAL DE MONITORADO S		TOTAL DE TORNOZELEIRAS					
		PROVISÓRIOS	CONDENADOS					PROVISÓRIAS	CONDENADAS										
		FECHADO	SEMIABERTO	ABERTO	M. SEGURANÇA	S. TEMPORÁRIA	PROVISÓRIAS	FECHADO	SEMIABERTO	ABERTO	M. SEGURANÇA	S. TEMPORÁRIA							
27	CENTRO DE MONITORAÇÃO ELETRÔNICA DE PESSOAS	790	162	699	13	0	0	97	36	41	5	0	0	1843	1875				
LEGENDA																			
RF	REGIME FECHADO																		
RSA	REGIME SEMIABERTO																		
RA	REGIME ABERTO																		
MS	MEDIDA DE SEGURANÇA																		
RSA/TE	REGIME SEMIABERTO/TRABALHO EXTERNO	(PI)	PARCIALMENTE INTERDITADO																
RSA/INT	REGIME SEMIABERTO/INTRAMUROS	(I)	INTERDITADO																