

O LIMITE DO CUIDADO: RELAÇÕES ENTRE ESTADO E FAMÍLIA NA DESINTERNAÇÃO DE PACIENTES DE MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS

THE LIMIT OF CARE: THE RELATIONS BETWEEN STATE AND FAMILY IN THE DISCHARGING OF JUDICIARY ASYLUM PATIENTS

Túlio Maia Franco¹

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

RESUMO

Neste texto eu descrevo dois processos coexistentes: a importância da família para os profissionais que trabalham com a medida de segurança no processo de desinternação de pacientes de manicômio judiciários e a dificuldade dos familiares em voltar a conviver com o parente que foi preso. A partir desse ponto de tensão analiso o modo pelo qual a desinternação pressupõe um acúmulo subjetivo em que o *desinternante* deva ser considerado um sujeito biologicamente estável, moralmente responsável e “sujeito de direitos” para que saia do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e retorne ao vínculo familiar. Esta volta, entretanto, é marcada por tensões, pois muitas vezes foram crimes cometidos contra familiares que motivaram a internação do paciente em um HCTP. A partir do exame de entrevistas com profissionais e com a esposa de um paciente *desinternante*, concluo que a mesma normativa que estabelece a “reinscrição familiar” de pacientes internados em instituições psiquiátricas com o objetivo de cuidá-los pode aprofundar situações de violência no seio familiar.

Palavras-chave: Desinternação; Medida de Segurança; Parentesco; HCTP; Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

In this text, I describe two coexisting processes: the importance of the family for professionals who work with the execution of custodial sentences in the patient's discharge process and the difficulty of family members in getting back to live with the relative who was arrested. From this point of tension, I analyze the way in which the disinternation presupposes a subjective accumulation in which the disinternant should be considered a biologically stable subjects, morally responsible and “subject of rights” to leave the *Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico* (HCTP) and return to the family bond. This return, however, is marked by tensions, because the crimes committed against family members were often the cause of the patient's admission to an HCTP. From the examination of interviews with professionals and with the wife of a disinternant, I conclude that the same regulation that establishes the “family reinsertion” rule, that intend to look after patients hospitalized in psychiatric institutions, can deepen situations of violence within their family.

Keywords: Discharge; Custodial Sentence; Kinship; HCTP; Psychiatric Reform.



Esta obra está licenciada sob uma licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.

INTRODUÇÃO

“O hospital parece uma casa/O hospital é um hospital” (Stela do Patrocínio, *Reino dos bichos e dos animais é o meu nome*).

A medida de segurança não é regulada explicitamente pela Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/2001). Estabelecida pelos Código Penal e de Processo Penal, a medida de segurança substitui, para aquele que fora considerado “louco”, a pena de prisão por uma forma de tratamento compulsório a ser cumprida em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) ou em âmbito ambulatorial. Durante a medida de segurança o paciente deve se submeter periodicamente aos chamados “exames de cessação de periculosidade”, nos quais o perito-psiquiatra responsável pelo seu caso deve emitir, resumidamente, um parecer dizendo se ele ainda representa ou não “perigo para si ou para outrem”¹. O tempo em que um manicomializado cumpre a medida pode ser maior do que se ele fosse condenado pelo mesmo crime na prisão comum. Ao contrário do “preso comum”, aquele que é declarado louco acaba não tendo as mesmas garantias, já que a manutenção da medida de segurança não é determinada pelo rito mais ou menos regular da burocracia da execução penal, fixada pelo Código Penal, cuja progressão do tempo de prisão normalmente significa alívio no regime prisional. Para impedir que o assistido permaneça preso além do prazo máximo previsto em lei a Defensoria Pública se vale do “decreto de indulto”, emitido pelo Presidente da República, que limita o tempo de internação ao equivalente à pena máxima prevista pelo Código Penal, caso o interno fosse “preso comum” (BRASIL, 2016).

Ainda que a medida de segurança não esteja explicitamente regulada pela Lei n. 10.216/2001, este é o arcabouço normativo que direciona alguns princípios de atuação no HCTP. Esses princípios encontram fundamentação legal desde maio de 2004, momento em que foi emitida a Resolução n. 5 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, que adequa normativamente “as medidas de segurança aos princípios do SUS [Sistema Único de Saúde] e às diretrizes previstas na Lei n. 10.216/2001” (BRASIL, 2004, p. 1). No entanto, essa adequação não deixa de produzir tensionamentos entre estes dois universos normativos (a Lei da Reforma Psiquiátrica e os Códigos Penal e de Processo Penal) e as respectivas práticas que eles regulam. É a tensão desses universos normativos e a regulação das práticas organizacionais do HCTP que irei explorar neste texto, com foco especial nos processos de desinternação dos pacientes.

A decisão de cumprimento da medida de segurança passa necessariamente pela decisão psiquiátrica, que pode ser ou não confirmada pelo juiz (PERES; NERY FILHO, 2002). Como descreve Sérgio Carrara (1998, p. 46), no HCTP as práticas de controle e cuidado se dão a partir de uma “superposição complexa” do “modelo jurídico-punitivo e [d]o modelo

psiquiátrico-terapêutico” e não de uma “justaposição, pois [...] o modelo jurídico-punitivo parece englobar o modelo psiquiátrico-terapêutico, impondo limites mais ou menos precisos ao poder de intervenção dos psiquiatras”. A singularidade desta superposição implica, durante o tratamento da medida segurança, o constante entrelaçamento entre cuidado e controle, em que o último se sobrepõe ao primeiro sem deixar de considerá-lo sob a forma de um “cuidado burocrático” (STEVENSON, 2012; STEVENSON, 2014). O HCTP se constitui como um espaço social limítrofe entre o mundo da medicina e o do direito penal que institui, por sua vez, práticas híbridas entre a prisão e o hospital psiquiátrico (SILVA, 2010a; SILVA 2010b; VINUTO; FRANCO, 2019; QUINAGLIA SILVA; LEVY; ZELL, 2020).

Este caráter híbrido produz certas contradições que são performadas na prática pelos profissionais do HCTP, da rede de saúde mental, do Instituto de Perícia, do Judiciário e da administração penitenciária com os pacientes, seus familiares e/ou amigos. A Lei da Reforma Psiquiátrica, por sua vez, é a expressão do ideal de cuidado a ser alcançado para muitos desses trabalhadores. Nos dedicaremos neste texto sobre o uso normativo feito por esses atores da seguinte premissa contida na lei: “São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: [...] II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;” (BRASIL, 2001, art. 2º, grifos meus). Descrevo a seguir sobre como esse *direito* do paciente ser inserido na família, trabalho e comunidade, no contexto do tratamento compulsório da medida de segurança, acaba se tornando um *dever* que pode gerar efeitos inesperados não só para o paciente, mas para sua família.

Em um censo feito em 2011 pela antropóloga Debora Diniz (2013) foram avaliados os 26 estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico em funcionamento no país, à época. A pesquisadora chegou à conclusão de que a população carcerária destas unidades era de 3.989 internados, “majoritariamente masculina, negra² de baixa escolaridade e com periférica inserção no mundo do trabalho, que em geral cometeu infração penal contra uma pessoa de sua rede familiar ou doméstica” (DINIZ, 2013, p. 16). Ainda de acordo com a autora, “é na família que se concentram os homicídios (49% do total)” (DINIZ, 2013, p. 16). Em uma investigação mais recente, Quinaglia Silva, Levy e Zell (2020, p. 35) apontam uma tendência similar em relação ao censo de 2011: das mulheres internadas em medida de segurança na instituição que estudaram, “5 dos 9 homicídios foram cometidos contra um membro familiar”. Sigo a hipótese de Diniz (2013, p. 16) quando ela sugere que o cometimento de crime no núcleo familiar é “uma dificuldade a ser enfrentada pelas políticas assistenciais e de saúde mental que depositam na família responsabilidades pelo sucesso da desinternação do indivíduo”. Esta dificuldade é redobrada, porque frequentemente os internos

[...] possuem vínculos familiares prejudicados, especialmente devido ao fato de o cometimento de crimes contra parentes ser recorrente. Tal quadro dificulta não apenas o acolhimento familiar para a realização do devido tratamento – tal como preconizado pela Lei da Reforma Psiquiátrica –, como também demonstrou ser fator condicionante no rumo das decisões judiciais. (QUINAGLIA SILVA; LEVY; ZELL, 2020, p. 35)

De certo modo, o princípio da reinserção familiar desloca o eixo da responsabilidade do Estado no cuidado com o sujeito para a família, ou, ao menos, tenta deslocá-lo. Esse processo implica, muitas vezes, a responsabilização de mulheres, especialmente as mães, no cuidado com os *desinternantes* e reforça um ideal de família que corresponde mais às expectativas dos profissionais de saúde do que à situação concreta dos assistidos (GOMES, 2020, p. 113-114). Esta centralidade da família na desospitalização dos pacientes pode produzir sofrimento e culpabilização das famílias e, especificamente, de mulheres que já se encontram em situações precárias (GOMES, 2020, p. 134). Nesse sentido, o trabalho de retomada ou criação de vínculos de parentesco e de relações que foram abruptamente rompidas é de uma enorme complexidade e, portanto, este empreendimento nem sempre é bem-sucedido. Diante da impossibilidade da família em recebê-lo, o paciente em cumprimento da medida de segurança é encaminhado à Residência Terapêutica, gerida pela rede de saúde mental do município. No entanto, esse procedimento pode demorar muito tempo, por vezes anos, e enquanto o preso espera a liberação de vaga prolonga-se sua internação para além do prazo legalmente previsto.

ALGUNS ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Este artigo se soma aos esforços de traçar uma compreensão etnográfica do “fazer Estado” (SOUZA LIMA, 2012, p. 561), especialmente no âmbito das políticas públicas em saúde (MALUF; QUINAGLIA SILVIA, 2018). Trata-se de analisar o Estado a partir de “sua atualização cotidiana numa miríade de ações estereotipadas e rotinizadas, em disposições profundamente incorporadas, apreensíveis na análise das condutas” (SOUZA LIMA, 2012, p. 561). Por este viés podemos nos afastar de uma perspectiva mítica, pela qual o Estado é tomado como uma entidade encerrada em si mesma, abstrata, e ir em direção a uma outra forma de análise interessada na sua constituição por práticas locais (DAS; POOLE, 2008). No contexto etnográfico aqui exposto, baseado em uma investigação anterior (FRANCO, 2017), as práticas estatais em torno da desinternação de um paciente definem quem e sob quais condições poderá sair de um HCTP. Os atores envolvidos nesse processo, mobilizam-se nas margens do Estado ao avaliar que segmento da população de seus assistidos será legível ou não (DAS; POOLE, 2008, p. 25) como um *desinternante*.

Sob essa luz, eu pretendo analisar as entrevistas que fiz com dois profissionais responsáveis pela avaliação psicossocial e psiquiátrica dos internos candidatos à desinternação e com a esposa de um paciente na véspera de sua saída do HCTP.

Os *desinternantes*, por serem considerados juridicamente incapazes de responder por seus próprios atos, são tutelados pelo Estado. Essa forma de exercício de poder se configura pelo binômio *gestar e gerir* (SOUZA LIMA, 2002, p. 16). Por um lado, marcado pela tutela de “segmentos concebidos como constitutivamente despossuídos das condições mínimas para a vida social em pé de desigualdade” (SOUZA LIMA, 2002, p. 16). (SOUZA LIMA, 2002, p. 16). Por outro, pelo “controle cotidiano de uma administração” (SOUZA LIMA, 2002, p. 16). Entendo que a construção da *desinternação* é um momento chave para examinar de que forma o poder tutelar (SOUZA LIMA, 2002, p. 16) exercido sobre o segmento populacional das “pessoas com transtorno mental em conflito com a lei” opera e impacta sua rede de parentesco.

Sendo assim, o “fazer Estado” (SOUZA LIMA, 2012, p. 561), no processo de desinternação de um paciente do HCTP, se confunde com o *fazer parentesco* (HARAWAY, 2015), na medida em que a família do assistido tem centralidade na política pública em saúde mental. A entrevista com profissionais que atuam para a desospitalização de internos e com familiares de *desinternantes* pode demonstrar o modo pelo qual o Estado opera as relações de parentesco que, por sua vez, têm a propriedade de incluir ou excluir uma vida da zona de inteligibilidade social (BUTLER, 2014; RODRIGUES; GRUMAN, 2021).

Os nomes de todos aqueles e aquelas que ilustram as páginas deste texto são fictícios. Todas as entrevistas foram concedidas mediante as assinaturas, do entrevistador e entrevistado, do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. O projeto para a realização desta pesquisa foi aprovado no dia 13 de abril de 2016 pelo Comitê de Ética competente. A realização desta pesquisa também contou com a autorização da Defensoria Pública do Estado, sem a qual este trabalho não seria possível.

O trabalho de campo se iniciou em meados do mês de março de 2016 e foi encerrado em dezembro de 2016 (durou nove meses). A pesquisa de campo se deu pela minha ida ao terreno de investigação, no início, três vezes por semana e depois, progressivamente, duas e, ao final, uma vez. O “campo” se constituía tanto em idas à sede da Defensoria Pública, participação do núcleo de estudos deste órgão, quanto em idas programadas ao HCTP, assim como pelo acompanhamento das atividades dos defensores. Também frequentei as reuniões gerais que ocorriam mensalmente e, por vezes, outros eventos considerados relevantes à temática, como seminários, reuniões institucionais etc.

“RASTREANDO, RASTREANDO, RASTREANDO...”, DESINTERNAR PESSOAS E “DESCONGELAR” MEMÓRIAS

Em uma entrevista com Gabriela, assistente social com décadas de experiência no sistema penitenciário, nós conversamos sobre seu trabalho em um HCTP que fora recentemente desmantelado. Por hora, a profissional se dedicava somente à perícia multiprofissional³. Eu a perguntei por que a família era tão importante em seu trabalho com os presos em cumprimento de medida de segurança:

Gabriela: *Por que a família é tão importante? Não é só a família nuclear não. A gente conseguiu inserir alguns em família, digamos, afetiva, sabe? Uma antiga madrinha, uma comadre da mãe que morreu, não era só família nuclear de sangue não.*

Eu: *Você vai rastreando ...*

Gabriela: *Rastreando, rastreando, rastreando ...*

Eu: *Até pegar um vínculo afetivo?*

Gabriela: *É ... [um vínculo] que tivesse um significado pra ele ou pra pessoa, também nunca se forçou isso, a gente viu que alguns pacientes fantasiavam um pouco com aquele vínculo, né? A gente teve um caso de [cidade] que o paciente foi criado em uma instituição de menores de [cidade] e teve contato com uma família de [cidade] durante esse período que ele ficou lá. Ele entrou com 4 [anos] [nessa instituição] e saiu com 18, e ele fantasiava que essa família ia recebê-lo. Nós levamos ele para essa família, e essa família dizia que não tinha condição de receber. [...]. Até a gente desconstruir isso ... aí ele foi para a Residência Terapêutica de [cidade], sabe? Mas “custou” para ele muito desconstruir na cabeça dele de que essa seria a família que iria o acolher, sabe?*

Eu: *Tem uma dimensão temporal aí, né? Pelo que você tá falando ...*

Gabriela: *É tem ... o lapso temporal é ... a vida das pessoas [familiares] mudou, muitos passaram a ter vários problemas de doença em casa, cuidar de pessoa mais velha, pouco dinheiro, né?*

O destaque dado ao parentesco pela entrevistada (mesmo que ele não seja compreendido como núcleo familiar *stricto sensu*) nos leva à questão de como, por um lado, os parentes parecem ser aqueles que reinscrevem o sujeito internado em um regime de inteligibilidade social para além do que lhe era conferido dentro dos muros do hospital. Por outro, são os familiares que, ao não reintegrarem o parente à rede familiar, devolvem-no à margem do controle estatal, deixando-o à espera da abertura de vagas para ser internado em alguma Residência Terapêutica gerida pelo Estado.

Os casos em que o sujeito é internado por ter agredido ou assassinado um membro da família oferecem exemplos de situações em que o limite do inteligível e do não inteligível está em jogo. Com a filósofa Judith Butler (2014, p. 45), analisando a obra *Antígona* de Sófocles, nos perguntamos: “como é que o parentesco garante as condições de inteligibilidade pelas quais a vida se torna vivível, pelas quais a vida também é condenada e foraclusa”?

Além de garantir um determinado regime de inteligibilidade, as relações de parentesco, mediante o reconhecimento estatal, distribuem a responsabilidade pelo membro que necessita de cuidados para a família (STRATHERN, 2015, p. 111). Criar relações, como fala Gabriela, é um trabalho de ir “*Rastreando, rastreando, rastreando ...*” até encontrar o que se procura, ainda que *isso* esteja muito escondido. Como escreve a antropóloga Marilyn Strathern (2015, p. 149): “O parentesco evidencia uma propriedade não muito perceptível da relação: o laço que, de forma invisível, conecta os parentes tanto está incorporado em cada parente como também pode ser compreendido como separado deles”.

O processo de desinternação de um paciente é acionado, fundamentalmente, através do compartilhamento de informações acerca do parente internado a outro que esteja fora dos muros. A informação compartilhada se traduz em relações de parentesco: um parente passa a existir enquanto tal a partir do momento em que ele e/ou outros parentes estejam informados do vínculo de parentesco, isto se dá pela afinidade entre as relações de parentesco e as de conhecimento (STRATHERN, 1999; STRATHERN, 2015). Noticiar um parente a respeito de uma relação de parentesco não se restringe a um simples ato de comunicação, mas também gera “efeitos reguladores” (STRATHERN, 1999, p. 74)⁴, consequências materiais e agenciamentos afetivos. Essa informação “não é algo que possa ser selecionado ou rejeitado *como informação* [...]. A informação já confere identidade” (STRATHERN, 2015, p. 157, grifos no original). Nesse sentido, não há escolha em relação à identidade conferida, não se pode rejeitar a informação de parentesco, mas sim o reconhecimento da relação enquanto tal, *i. e.*, a inteligibilidade do outro enquanto meu parente. Como afirma Marilyn Strathern (2015, p. 157):

Não há escolha sobre as relações; qualquer seleção ou rejeição subsequente implica selecionar ou rejeitar aqueles que já são parentes ou que já tenham revelado não o ser. Assim, a informação só pode ser examinada sob o injusto custo da aparente escolha (“Oh, eu não quero saber sobre eles”).

Essa relação entre parentesco e (re)conhecimento pode ser ilustrada por uma passagem da fala de Gabriela. A assistente social contou-me que, enquanto rastreava a família de um paciente para efetivar sua desinternação encontrou suas “*tias velhinhas*” em uma outra cidade. As tias comunicaram-se com seus parentes, moradores de outras regiões

do estado, até que uma sobrinha “*que conheceu ele, esse tio, quando ela era, assim, de 10 anos [de idade], mas que gostava muito dele. Você acredita que ela veio aqui e recebeu ele?*”. A sobrinha do paciente “*fez um quartinho*” para seu tio com o dinheiro do benefício social que ele recebia. Depois que foi vinculado a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)⁵, em esforço conjunto da equipe responsável pela desinternação e sua sobrinha, ele passou a morar nesse “*quartinho*”. Ele era chamado por Gabriela de Joãozinho, ao me explicar sua história ela diz: “*Era um paciente com retardo que ficou 30 anos aqui. Ele tinha furtado uma bicicleta. O Joãozinho. É bem típico de retardo, sabe? Risada imotivada e, assim, falando a mesma coisa várias vezes, uma gracinha de paciente, sabe?*”.

Logo, a responsabilização estatal do parente pelos cuidados com o preso desinternado, via relação de parentesco, reenquadra a vida do paciente, conferindo-a um regime de inteligibilidade diferente do que se tinha na instituição (BUTLER, 2014; BUTLER, 2015). Podemos ver um exemplo disso em um trecho da entrevista acima, e nele demarca-se uma passagem de enquadramentos do sujeito como: 1) “*um paciente com retardo*” que havia “*furtado uma bicicleta*”, chamado de “*Joãozinho*”, cuja característica era expressar-se “*bem típico de retardo, sabe? Risada imotivada e, assim, falando a mesma coisa várias vezes*” e ser “*uma gracinha de paciente*” para 2) “*tio*”.

Alguns casos, por sua especificidade, colocam em jogo a própria possibilidade de se reenquadrar a vida do sujeito em um novo regime de inteligibilidade. Aquele que não consegue ser reintegrado à família estende o registro de “*paciente*” para fora dos muros do manicômio. Seja pela família não querer recebê-lo, seja pelo fato de não se encontrar nenhum parente ou quem possa cuidar do *desinternante*, ele é encaminhado a uma Residência Terapêutica. Normalmente o preso deve aguardar no manicômio judiciário até ter uma vaga para sua nova moradia. Caso o município que o paciente for vinculado demore a responder à essa demanda, a Defensoria Pública judicializa o pedido da vaga movendo uma ação contra o secretário de saúde do município.

Quando perguntei para Gabriela a respeito desses casos, ela me contou a história de outro paciente. “*Ele tinha matado a mãe, ele tinha estuprado e matado a mãe. Agora, era assim: doido de pedra, né? O tempo todo delirando, delirando, delirando ...*”. Dele “*a família tinha ódio*”. Seus familiares chegaram até mesmo a aceitar sua visita, acompanhada por uma assistente social, mas não queriam restituir os laços com o paciente. Nesse caso ele foi encaminhado para uma Residência Terapêutica. Gabriela disse que, apesar de seu assistido saber que sua família não queria ficar com ele, o paciente sofria com essa rejeição e “*custava absorver*” que seus familiares não queriam se responsabilizar por seus cuidados.

O afeto do ódio do qual fala a assistente social é um aspecto importante a ser notado. Ela me dizia que quando a família tinha medo do paciente era mais fácil de reaproximar a família “*descongelando*” a imagem que eles

tinham do interno, mostrando de que forma ele não representava mais nenhuma ameaça. O que não ocorria, para a profissional, nas relações de ódio em que esta imagem sobre o paciente ainda estava “congelada”.

A DESINTERNAÇÃO TÍPICA: “VOCÊS TÊM QUE FAZER UMA SUPERVISÃO AO FELIPE, VOCÊS NÃO TÊM É QUE DEIXAR FELIPE AQUI”

O processo de desinternação de um paciente é um acontecimento informável, nos termos de Sudnow (1971, p. 141), *i. e.*, trata-se de um evento do qual se tem uma expectativa grande dos envolvidos sobre o seu desenlace, cujas informações de seu andamento devem ser mediadas pela equipe do hospital, especificamente os profissionais de referência do caso, antes de serem passadas aos familiares ou responsáveis legais. Poderíamos dizer que esse processo começa a partir da construção do projeto terapêutico, cuja condição básica (além da autorização judicial) seria a chamada “estabilização psiquiátrica” do paciente. Evidente que os procedimentos para a desinternação se intensificam quando há a extinção da medida de segurança, o que não acarreta a automática saída do paciente da instituição, nem tampouco sua desinternação garante que ele não seja internado novamente. Portanto, diferentemente das situações analisadas por Sudnow, um processo de desinternação pode ser de longa duração e a expectativa dos familiares em torno da saída do interno não é, necessariamente, pressuposta, especialmente nos casos em que a família esteja receosa em readmitir em seu convívio o paciente que agrediu ou matou algum membro do grupo. Nesses casos, essa expectativa deve ser criada nos familiares pela equipe clínica do HCTP, como veremos a seguir.

Está a cargo da equipe técnica, principalmente, mas também da jurídica a mediação das informações sobre a desinternação para os parentes ou responsáveis legais. Entretanto, é de igual importância a maneira como essa informação é transmitida aos próprios internos. De forma geral, o compartilhamento de informações com os pacientes deve ser feito de modo cauteloso, pois os técnicos temem os efeitos nocivos que uma notícia pode causar ao encaminhamento do caso. Essa mediação tem que ser negociada com a família, como exemplifica Gabriela: *“às vezes a gente falava para a família: ‘olha, chegou a hora de vocês dizerem que vocês não podem recebê-lo, digam o motivo que vocês entenderem, talvez o menos nocivo pra ele’, né?”*

Uma vez, no atendimento jurídico de um paciente, eu pude presenciar um momento em que, por uma simples falha na ficha de referência do caso, a defensora pública criou uma falsa expectativa em um paciente em torno de sua desinternação. No atendimento seguinte do paciente, ela teve que se retratar ao assistido explicando o seu engano. Todavia, erros como esse eram raros. Nos atendimentos jurídicos informações desse tipo eram compartilhadas com muito cuidado e, na maioria das vezes, em um

grande grau de indeterminação, sem precisar o prazo da desinternação para que não fossem criadas falsas esperanças nos pacientes. Entretanto, ainda assim, essa indeterminação, especialmente em relação ao tempo da internação, gerava uma profunda angústia em alguns presos. O trabalho com os internos não é fácil, tampouco com a família.

“Descongelar” a memória que a família tem do interno, recuperar algo tão delicado e íntimo quanto uma memória de infância ou até mesmo desfazer a idealização dos pacientes a respeito de suas famílias são partes do trabalho da equipe técnica. Esse processo de *fazer parentesco* (HARAWAY, 2015) envolve uma complexa mnemotécnica, mobiliza circuitos imaginários, redes imbricadas de parentes, envolve pessoas, medicamentos, cidades e instituições diferentes. Tecer relações é um constante trabalho de fazer e desfazer, cortar e costurar laços: “todo relacionamento é construído por conexão e desconexão; não haveria ligação se não houvesse diferenciação” (STRATHERN, 2015, p. 54).

Para melhor ilustrar a confecção de vínculos de parentesco pelo Estado e o processo de condução/sedução da família para reabsorver o paciente ao seu convívio, eu gostaria de explorar um caso que Gabriela me contou. Como a todo o tempo durante a entrevista a assistente social mimetizou o diálogo que ela mesma teve com a família de um paciente, assim como reproduziu para mim, em nossa conversa, alguns diálogos dos familiares entre si, eu tomei a liberdade de adaptar a entrevista para o formato de narrativa. Considerando que ela era a técnica de referência do paciente, a sua descrição é rica em detalhes, mas deve ser lida a partir de sua lente específica. Justamente por seu enquadramento particular podemos estabelecer o caso relatado por Gabriela como uma “desinternação típica”, isto é, um caso que nos indica de forma geral uma representação das dificuldades, pressupostos e soluções encontradas e esperadas pelos profissionais em uma desinternação. Pelas razões expostas anteriormente, apesar de longo, o trecho a seguir tem um grande valor heurístico para o argumento deste texto:

Eu me lembro de uma família que só a mãe vinha aqui muito esporadicamente. Essa mãe vivia separada do pai, já quando o Felipe vivia com ela. Ele era esquizofrênico, desde os dezoito, dezenove anos que isso ficou diagnosticado, e ele estocou⁶ os três irmãos dormindo e tentou suicídio. Os três irmãos moravam com a mãe e ele morava com o pai, ele foi passar o fim de semana com a mãe e esses irmãos, estocou os irmãos e tentou suicídio. Ele se salvou e os irmãos todos se salvaram. Esses irmãos não queriam saber dele e a mãe [...] tinha uns traços esquisitos [...]. [Felipe] foi um dos pacientes mais interessantes que passou por aqui, porque ele tinha segundo grau, só lia Nietzsche, Marx, só essas coisas que ele queria ler, outros livros não interessavam ... e os três irmãos eram mecânicos, [eles] trabalhavam com o pai,

[também] mecânico, na oficina familiar. [...] [Felipe] nunca quis ser mecânico, quis estudar, mas essa história de ele pirar e [...] [ser] internado na Colônia [nome do complexo psiquiátrico] ... [...]. A família: o pai nunca veio visitar, apesar do pai ser a pessoa da família que sempre o levou para as consultas, né? Mas ele não [...] vinha visitar, só a mãe. A mãe sentava com [...] [Felipe e] ele dizia pra mãe:

— Mamãe, [eu] posso ir à sua casa?

— Não, seus irmãos não querem.

— Eu entendo por que meus irmãos não querem.

— Mas Jesus vai te curar!

— Mamãe, Jesus vai me curar, mas se eu tomar os remédios, eu sou esquizofrênico, eu preciso dos remédios.

[Ele] foi um dos poucos pacientes que passaram por aqui que tinha essa ... essa noção tão clara da morbidade, né? E aí a gente começou a abordar a família, porque, na verdade, o Felipe, ele precisava de uma supervisão lá fora, né? Ele entrou poucas vezes em surto aqui, mas ele precisava [de supervisão]. E aí a gente conseguiu um contato com o pai, o pai veio. O pai já tinha uma outra companheira, tinha filhos com essa companheira. O pai disse que não levava [...] [Felipe] em Saída Terapêutica⁷ pra casa dele (pai) por causa da companheira [que] tinha medo dele [Felipe]. E aí a gente começou a negociar assim: “por que o senhor não vem buscar de manhã e traz ele de noite? [É] só para ele passar o dia de domingo que [é para] a sua companheira conhecê-lo”.

E aí começou bem devagarinho, sabe? Dia dos Pais ele foi, aí no Natal ele foi [...]. Primeiro era assim: de manhã até de noite, depois ele dormiu [na casa do pai] uma noite, depois ele dormiu duas noites e aí começavam a ver que ele não era tão perigoso e tal. [...] [Felipe] interagiu muito bem e viram que ele levava a medicação, tomava medicação, ninguém precisava ficar em cima. O pai ficava supervisionando, mas ele mesmo [Felipe] tomava a iniciativa: “agora tá na hora do remédio tal”.

E aí nós o vinculamos ao CAPS [X] [...]. Ele ia [ao CAPS], no início, acompanhado de um técnico nosso, depois ele ia sozinho, porque ele conhecia tudo.

[Felipe] conseguiu o benefício de prestação continuada⁸, e aí a gente queria abordar os irmãos, né? No sentido de que os irmãos congelaram [a imagem] na cabeça, porque ele ficou 20 anos [preso], [os irmãos ficaram] naquele momento [...]. Ele perdeu todos os dentes, sabe? Era um rapaz alto, bonito, assim, forte, uma conversa ótima, e aí eu era a técnica de referência desse paciente. Aí, os irmãos só por telefone:

— Não, nós não temos tempo de ir aí, porque nós trabalhamos até 6:00 horas [da tarde].

— Ah, vocês não poderiam vir depois de 6:00 horas? [...]. Eu espero vocês aqui.

— Não, a gente não pode.

Eu percebi claramente que eles não queriam vir [...]

Eu insistia várias vezes, porque eu dizia para eles:

— Felipe não é mais o Felipe de 20 anos atrás, vocês precisam conviver um pouco com ele.

— É, o nosso pai já disse que ele tá bem diferente, porque o nosso pai já levou ele pra casa ...

Gabriela narra que sua tentativa de convencer os irmãos de Felipe a recebê-lo demorou cerca de dois anos até ser efetivada. Ela me contou que os irmãos e o pai, com a assistência do CAPS, alugaram uma quitinete ao lado da oficina familiar para acomodar Felipe. A assistente social disse que este movimento do paciente só foi possível porque além de ter vínculo com a família e com o CAPS, Felipe conseguiu acumular algum dinheiro durante o período da internação que provinha, possivelmente, do benefício recebido da Previdência Social.

Para Gabriela, no caso do Felipe “*não tinha ainda esgotado a família para a gente poder recorrer à uma Residência Terapêutica*”, ela explica que a família “*deixou o Felipe 20 anos aqui, porque o Felipe já estava desinternado ó [estala os dedos indicando ‘há muito tempo’], mas internado erroneamente, preso, entendeu?*”. Para a assistente social o trabalho com a família não tinha se esgotado “*porque o problema deles era medo, não era ódio, não era ressentimento, era medo de Felipe: ‘ah, ele é muito grande!’*”.

Ao perguntá-la se a resistência dos irmãos era justificada pelo medo que eles tinham do que aconteceu no passado ocorrer novamente, Gabriela confirmou: “[era medo] *de acontecer de novo, né?*” e contou-me o que disse para eles:

— Não, vocês não precisam levar Felipe para dentro da casa de vocês. Agora, ele precisa de uma supervisão, quando vocês sentirem que ele não tá bem, se ele deixou de ir ao CAPS uma semana, duas semanas, vocês deem os telefones celulares [...] para a equipe do CAPS. Quer dizer, vocês têm que fazer uma supervisão ao Felipe, vocês não têm é que deixar Felipe aqui, porque ele não tem nada a fazer aqui, ao contrário ele vai morrer aqui, como outros morreram aqui.

O principal desafio de (re)criar os vínculos de parentesco é conseguir ultrapassar o obstáculo imposto pelo tempo. Gabriela me dizia que era um grande desafio para a assistência psicossocial atuar nos casos em que o sujeito é internado por ter cometido crime contra um membro

da família, porque “*as famílias congelam na cabeça o ato delituoso*”. Boa parte do ofício da assistência se constitui, para a profissional, trabalhar o circuito de afetos tramado entre a família e o paciente, desconstruir “o ressentimento, o medo, o ódio às vezes de alguns [familiares] do irmão”, como no caso de Felipe. Esse trabalho afetivo é também um trabalho sobre a memória e a imaginação. Como expresso no exemplo acima, a técnica teve que desconstruir a memória que o os familiares tinham do paciente e convencê-los de que o interno tinha mudado: “*passaram-se 20 anos e aquilo tá congelado, este homem que tá aqui [no HCTP] há 20 anos não é mais o mesmo homem*”. Foi preciso produzir uma nova memória que recolocasse para a família a passagem do tempo. Foi preciso dizer à família de Felipe que “*este homem agressivo que você conheceu hoje não sai da cama se a gente [equipe do hospital] não tirar*”.

A ACUMULAÇÃO SUBJETIVA ABRINDO A “DESINTERNAÇÃO TÍPICA”

Se a narrativa de Gabriela funciona como um exemplo da desinternação ideal, abrindo-a creio que ela nos permite pensar os três módulos da acumulação subjetiva⁹ que funda a “máquina antropológica” (AGAMBEN, 2013) da medida de segurança. Essa máquina pressupõe virtualmente o que é o humano e institui “em seu centro, na qual deve aparecer [...] a articulação [real] entre o homem e o animal, o homem e o não homem, o falante e o vivente” (AGAMBEN, 2013, p. 65). É a partir dessa zona de articulação e rearticulação do humano que se constitui, nos processos de desinternação, uma *de-cisão* que secciona, a partir de ficções biopsíquicas e legais, uma forma de vida relacional a reconstituindo fragmentariamente. Este processo de exame, instituição e destituição de relações dá o tom da biopolítica contemporânea em que o Estado trabalha sobre as subjetividades, tal qual afirma o filósofo italiano Giorgio Agamben em entrevista (GRELET; PONTE-BONEVILLE, 2000, *on-line*):

Atualmente, me parece que o terreno político é uma espécie de campo de batalha onde se desenvolvem estes dois processos: ao mesmo tempo destruição de tudo aquilo que era identidade tradicional – eu o digo sem nenhuma nostalgia, certamente – e ressubjetivação imediata pelo Estado; e não somente pelo Estado, mas também pelos sujeitos eles mesmos.

Como vimos através da narrativa de Gabriela, o paciente deve se enquadrar nos seguintes módulos da acumulação subjetiva para ser desinternado: a) *estabilização psiquiátrica* – como visto no relato não só o paciente estava mais estável (tinha poucos “surto”), mas ele mesmo tinha consciência de sua obrigação em tomar o medicamento. Além disso, com a finalidade de garantir que o paciente tomasse regularmente o medicamento, ele era supervisionado por seus familiares; b) *responsabilização moral* pelo

tratamento e consolidação de seu vínculo com o CAPS; c) *garantia de direitos e conquista de benefícios sociais*: Felipe tinha acesso ao Benefício de Prestação Continuada, tinha sido aprovado no exame de cessação de periculosidade, não devia mais nada legalmente ao Estado e tinha um local de moradia para quando fosse desinternado.

A acumulação subjetiva, eu proponho, seria a acumulação de três módulos de subjetivação: do *sujeito biologicamente estável*¹⁰, do *sujeito moral* e do *sujeito de direitos*¹¹. No entanto, devo advertir que essa acumulação não segue, necessariamente, esta ordem, ela não se apresenta em etapas, mas sim, como o próprio nome diz, de forma acumulativa. Isso significa dizer que esses diferentes módulos são imbricados entre si, vão se somando e sua divisão só é possível a partir da avaliação da equipe técnica e jurídica. À primeira caberia avaliar se o quadro clínico do interno se encontra estável, se ele tem aderido ao tratamento (vinculando-se ao CAPS e à família, sempre que possível) e se ele reconhece a necessidade de ser tratado. À segunda caberia, além de garantir juridicamente o tratamento (apoiando no processo penal as decisões da equipe técnica e as traduzindo juridicamente), assegurar os benefícios e o bom andamento do processo penal do paciente. O esforço conjunto das duas equipes resulta no pedido do exame de cessação de periculosidade, e nele o perito psiquiatra avalia e atesta essa acumulação subjetiva do interno. O resultado positivo do exame pode ou não ser validado pelo juiz (CARRARA, 1998).

Como explicou-me um experiente perito psiquiatra, neste exame o que está em avaliação é a probabilidade do paciente em voltar a delinquir:

[...] não é a possibilidade, porque a possibilidade todo mundo tem. Todos nós aqui somos sensíveis criminosos, né? Em algum ... se você levar esse lápis daqui ... esse lápis não é seu! [Você] cometeu um crime de furto. Todos nós estamos sujeitos a isso, né? Agora, a pro-ba-bi-li-da-de a voltar a delinquir, essa é a que a gente chama de periculosidade.

Para fazer essa avaliação, ele me disse: “*não tem uma coisa muito bem estabelecida na lei*”, o perito deve contar com as orientações gerais da literatura especializada: “*isso são os autores que tratam desse assunto*”. O entrevistado me contou que no exame deverão ser averiguados os seguintes critérios: a) critério psiquiátrico: “*se já não tem doença mental nenhuma, acabou a doença mental, não tem nada, tá ótimo, tá perfeito ou quase perfeito é um critério*”; b) critério assistencial: “*se tem assistência familiar, se tem condição de frequentar um serviço de assistência psiquiátrica*”; e c) critério socioeconômico: “*se tem condições socioeconômica [sic] de fazer um tratamento*”.

Podemos concluir com o trecho destacado acima de que os critérios avaliados pelo perito coincidem com os da “acumulação subjetiva” que as equipes técnica e jurídica pretendem assegurar/impor ao paciente.

Como destacou o perito, o que era averiguado nesse exame eram “*coisas externas à doença*”, muito embora seja “*preciso que a doença esteja desaparecida ou, pelo menos, muito atenuada que não justifique mais que a pessoa tenha a probabilidade de voltar a delinquir*”. Embora o perito criticasse, por sua inadequação, o termo “*periculosidade*” para designar a necessidade do exame, o próprio psiquiatra reconhecia que era importante que se garantisse os “*apoios externos*” ao paciente para que ele não voltasse a delinquir:

[...] *essa ideia de que doente mental vai cometer crime outra vez, quem é que disse isso? Por que ele vai cometer “em função” da doença mental dele? Ele pode cometer uma primeira vez, agora a segunda, terceira, quarta vez, não é muito provável que aconteça isso, então eu tenho a impressão de que isso vai acabar desaparecendo.*

Eu pergunto se esse apoio externo garantiria a estabilidade do paciente, ele responde:

[...] *é, estabilidade ... certo, bom, o sujeito tá bom, vai pra rua, vai virar população de rua outra vez, não tem família, vai ficar mendigando, vai ficando ... catando resto de comida na rua, vai acabar cometendo crime outra vez, mas [é] porque não tem nenhuma base socioeconômica mais pra ele, né? Então, não é mais questão mental, é questão jurídica, social, melhor dizendo, social.*

Nesse sentido, proponho que a acumulação subjetiva estabelece o horizonte imaginário (CRAPANZANO, 2005) da atuação das equipes. Na perspectiva dos trabalhadores envolvidos com a medida de segurança, o “*apoio externo*” garante que o sujeito tratado não se dessubjete em alguma forma de vida indigna e exposta a maior probabilidade de voltar a cometer algum crime, no exemplo do perito: “*população de rua*”. Este imaginário, ao mesmo tempo em que positiva o valor *de* tratamento da medida de segurança, estabelece, colateralmente, as fronteiras simbólicas entre os sujeitos (mais ou menos) recuperáveis e os irrecuperáveis.

Como lembra Gilberto Velho (1981, p. 64, grifos no original): “*A doença mental na nossa sociedade é a categoria mais abrangente que classifica os comportamentos perturbadores, permitindo o mapeamento e, portanto, um controle sobre os desvios*”. Penso que a colocação do autor sugere existir diferentes cartografias possíveis das “*doenças mentais*” e, por consequência, níveis assimétricos de controle sobre os corpos e subjetividades dos “*doentes mentais*” considerados “*recuperáveis*” e dos “*irrecuperáveis*” – aqueles que responderiam, respectivamente, melhor e pior ao tratamento. Essa divisão, no contexto etnográfico aqui descrito, coloca em questão a conexão entre os sujeitos e seus crimes dividindo-os em: a) os recuperáveis como aqueles sujeitos em que o crime é uma espécie

de sobredeterminação social (foram incriminados); e b) os irrecuperáveis em que o crime é uma espécie de manifestação subjetiva (são sujeitos criminais). Como aponta o sociólogo Michel Misse (2010, p. 21):

A ideia de “recuperabilidade” pode ser um bom divisor analítico entre sujeito simplesmente incriminado e sujeito criminal. De qualquer modo, aponta para “causas” a serem removidas no sujeito e, portanto, para a subjetividade na representação do que seja um criminoso.

Ora, a função do perito psiquiatra no exame de cessação de periculosidade é justamente a de avaliar a “recuperabilidade” do examinado. Pelo trecho destacado da entrevista com o perito podemos supor que os “apoios externos” ao paciente funcionariam como uma espécie de “prótese social” (RIOS, 2016) que, em conjunto com a estabilização farmacológico-terapêutica da “doença mental”, removeriam a “periculosidade” do interno, isto é, reduziriam a probabilidade de o sujeito, ora incriminado, voltar a delinquir *em função de sua doença*. O mesmo não ocorreria com os irrecuperáveis, ou seja, todos aqueles cujo transtorno mental supostamente implique em uma alteração profunda em sua personalidade que os exponha à maior probabilidade de transgredir normas legais e morais, apesar de reconhecerem a imoralidade ou ilegalidade de suas condutas; estes eram chamados de “psicopatas” ou portadores de “transtorno antisocial”. Nesses casos específicos acredita-se que tanto o apoio externo, quanto o tratamento seriam insuficientes para diminuir a chance de o sujeito cometer crime *em função* de seu transtorno mental.

“A MINHA VONTADE É DE SUMIR”! O IMPACTO DA DESINTERNAÇÃO EM FAMILIARES

Como já visto, o processo de desinternação de um paciente do manicômio judiciário tenta tornar inteligível aos familiares uma forma de vida que cruzou o limite da vida e da morte ao ferir ou matar um parente próximo. Ao intervir nas relações de parentesco o Estado pode recuperar um vínculo familiar dado como perdido ou, como veremos nesta seção, pode forcluir, excluir, outras vidas (as dos parentes) ao não considerar o contexto afetivo da recepção de um ex-interno, expondo-os a situações complexas de desamparo e violência. Para melhor compreender essa questão analisaremos a entrevista concedida por Elizabete, esposa de Reginaldo (paciente de um HCTP) que temia a desinternação do marido, em conjunto com algumas anotações etnográficas que fiz do atendimento de Elizabete na sede da Defensoria.

Toda terça-feira de manhã ocorria o atendimento dos assistidos da Bruna, defensora pública, na sede do núcleo da Defensoria Pública em que ela era lotada. Nesses atendimentos era comum vir algum parente do paciente internado, em sua maioria mulheres (mães, esposas, irmãs), que buscava esclarecer alguma informação sobre o processo penal e

questões relativas ao encaminhamento do caso do preso. Normalmente, esses atendimentos eram feitos sobretudo pelos estagiários da Defensoria e, frequentemente, com a ajuda da analista judiciária que trabalhava na equipe da defensora. Bruna era responsável por tirar alguma dúvida que os estagiários ou a analista poderiam ter a respeito dos casos, em sua sala, e, quando era necessário, a jurista atendia diretamente o assistido nas baias da sala de atendimento, o que era mais raro.

Em uma dessas baias de frente à Carolina, estagiária da Defensoria, estava uma senhora negra de cabelos pretos com alguns fios brancos que modulavam seu rosto. A bolsa colorida de Elizabete contrastava com o tom baixo e trêmulo de sua voz. A mulher articulava lentamente as palavras sem deixar de dar a devida ênfase àquelas que lhes importava. Elizabete tentava explicar à estagiária que ela precisava de um novo laudo psiquiátrico-forense de seu marido, Reginaldo, com quem era casada há 36 anos, à época paciente do HCTP, do qual estava prestes a ser desinternado.

O pedido do laudo feito por Elizabete era acompanhado de questões que extrapolavam a racionalidade jurídica, sua demanda não se restringia apenas a uma demanda de reconhecimento jurídico do sofrimento mental do marido, mas também, de sua própria dor. Ao mesmo tempo em que ela insistia em pedir o laudo do paciente à estagiária, Elizabete lhe contava a história do marido e como ela se entrelaçava, violentamente, com a sua. Essa narrativa era contada à sua atendente, mas lhe era inapreensível, a demanda concreta e impossível de um novo laudo era um problema de difícil resolução jurídica e exigiu que a estagiária consultasse diversas vezes a defensora que se encontrava em uma outra sala no interior do núcleo da Defensoria.

Aos poucos ficava evidente na conversa dela com a estagiária (o que se tornou mais explícito em nossa entrevista) que Elizabete temia a desinternação do marido, e esse temor ia no sentido oposto ao encaminhamento jurídico da medida de segurança. Em sua entrevista, Elizabete me disse que no dia anterior ao atendimento na sede da Defensoria passou o dia dormindo:

Elizabete: *Ontem, ontem eu não fui no portão [de casa], o telefone tocou ontem eu não atendi, não queria falar com ninguém, só queria dormir, eu só queria dormir, dormi o dia inteiro, não quis comer, só queria dormir. Quando minha filha chegou de noite do serviço, ela percebeu que eu não tava bem e aí ela me abraçou, sentou comigo [e falou:] “mãe, não fica assim” e tal ... “Não vai tomar remédio amanhã, porque amanhã você vai pra cidade!” Eu falei: “não, eu não vou não”. Não tomei remédio hoje, mas não vejo a hora, eu tô aqui conversando com você, mas já tô vendo a minha casa, quero ficar dentro da minha casa, aí eu vejo televisão [...] fico mais tranquila.*

Eu: *E o remédio pra senhora melhora esse nervoso que a senhora sente?*

Elizabete: *É, ele me acalma bastante. Eu tomo também receita do médico, tá? Ele não, ele não me derruba, tá? Eu acordo normal, eu acordo cedo, acordo normal, fico normal, mas ele me dá uma relaxada legal. Se eu não tivesse tomado o remédio ontem, nem hoje eu viria aqui, não viria porque a vontade já era de não vir, entendeu?*

O tratamento psicológico e, especialmente, o medicamentoso surgem na fala de Elizabete como uma possibilidade de contornar seu mal-estar diante da desinternação iminente do marido. Como nota Le Breton (2003, p. 63): “Os psicotrópicos se oferecem como auxiliares técnicos de existência, modulando o ângulo de abordagem do cotidiano, estabelecendo uma fantasia de domínio de si diante da turbulência do mundo”. Para Elizabete a obrigação em “tratar-se” é justificada e somada à sua responsabilidade legal e moral de cuidar do marido, e os medicamentos permitiriam que ela contornasse o “protesto do corpo” (LE BRETON, 2003, p. 61) e de sua vontade de não desejar cumprir a profecia legal do tratamento-compulsório, qual seja, a de ser a cuidadora de seu marido. O medicamento parece operar como uma “prótese do sentido” (LE BRETON, 2013, p. 63). A partir do estímulo do psicotrópico, este permite remodelar e ressignificar a conduta de Elizabete. O medicamento dá um novo sentido à sua conduta, porque a resistência de Elizabete deixa de ser vista a partir da conturbada relação entre ela e seu marido e passa a ser alocada como um problema individual e orgânico *dela*. Tal fenômeno, como aponta Zanello (2014, p. 50), se dá pela “ontologização biomédica de questões sociais e subjetivas” tão comuns no campo da saúde mental. O medicamento remodela a conduta a normalizando. Como Elizabete diz, “*fico normal, mas ele me dá uma relaxada legal*”. A oposição demarcada pelo conectivo “*mas*” demonstra que ao mesmo tempo em que o medicamento a normaliza, essa normalidade contém um excesso, um relaxamento em tese incompatível com a angústia da situação.

O último “surto” de Reginaldo, em que ele teria batido em um agente penitenciário no HCTP, de acordo com Elizabete, ocorreu “*porque saiu a comunicação de que ele está para sair*” da instituição. Elizabete explicou-me que dentro do período de “*mais de um ano*” em que o paciente estava cumprindo a Saída Terapêutica “*foi a primeira vez que ele entrou no surto*” e que “*agora [ele] tá violento de novo, violento com a mãe, com as irmãs...*”.

A notícia da desinternação não abalou apenas Reginaldo, mas também sua esposa:

Eu melhorei depois que ele foi preso, esses cinco anos, mas agora que eu já sei que ele vai sair já fiquei ... entrei em desespero, não durmo direito, já estou tomando remédio pra dormir, só de pensar na “possibilidade ... eu sei que ele “não vai voltar para a nossa casa” [como explicarei à frente, ele voltaria a morar com a mãe por estar jurado de morte onde morava com Elizabete],

mas só dele estar solto minha vida já tá desse jeito que você tá me ouvindo falar tremendo, falo sem parar, mas ontem já não quis falar, ontem só queria dormir, dormir, dormir ... entendeu?

Ao falar sobre esse último surto de Reginaldo, Elizabete dizia “*eu já tô aqui toda ... por dentro, aparentemente, pode até nem parecer, porque eu também tenho autocontrole, daí eu não posso ficar a vida toda dormindo*”. A pausa em “*eu já tô aqui toda ... por dentro*” demarca o silêncio inominável de sua experiência. Mas, afinal o que ou quem Elizabete teme?

Reginaldo era aposentado pela polícia ferroviária federal, onde trabalhou durante 30 anos e ocupava o cargo de supervisor. Elizabete informou-me que seu marido lhe “*disse que foi esse trabalho que mexeu muito com a cabeça dele, mas eu acredito que não, porque ele conseguiu trabalhar os 30 anos*”. O primeiro “surto” que Reginaldo teve foi em 1995 “*e aí logo procurei o médico*”, falou Elizabete, e desde então ele internou-se em algumas instituições psiquiátricas. No surto, “*ele fica agressivo, como é que eu posso explicar, assim: com a força de um leão. O negócio dele é briga, é bater, eu já apanhei muito dele, tá?*”.

Embora fosse a primeira vez que Reginaldo fora preso, não era a primeira vez que o judiciário intervinha no núcleo familiar de Elizabete:

Agora ele não me bate mais, mas nos últimos dois surtos ele não me bateu mais até porque eu coloquei processo na ... dei queixa na delegacia de mulheres, então ele pegou um processo da Lei Maria da Penha, então ele não me bate, me agride com palavras, mas não me bate.

Ainda que o tenha processado, Elizabete continuou se relacionando com o marido, é ela a responsável por seus cuidados, mesmo que o imperativo terapêutico-legal de ser a cuidadora de Reginaldo acabe por lhe expor mais ainda à violência. Violência essa expressada por Reginaldo e imprimida no corpo de Elizabete, que ganhou um revestimento psicopatológico individualizante: a agressividade de Reginaldo se daria, pela narrativa médica parcialmente incorporada por Elizabete, como manifestação de sua bipolaridade e o sofrimento dela seria uma espécie de fraqueza psicossomática a ser contornada farmacologicamente. A psiquiatria de Elizabete aponta para a invisibilização do “sofrimento das mulheres em um processo de patologização das questões sociais” (CAMPOS; ZANELLO, 2016, p. 114) que acaba por aprofundar situações de violência relacionadas ao gênero. Ainda que Elizabete reconhecesse que seu sofrimento decorria das agressões do marido, ela se culpabilizava como a única responsável pelo seu próprio sofrimento. Neste caso, me parece que “[n]ão se trata [...] apenas de uma medicalização do sofrimento existencial, mas também de uma fabricação farmacológica de si” (LE BRETON, 2003, p. 65). Reginaldo e Elizabete não estão entrelaçados apenas pelas regras simbólicas do parentesco, mas pelos efeitos semiótico-materiais de

seus comprimidos. A medicalização do sofrimento de Elizabete acaba se tornando uma resposta indireta à resistência à medicação de Reginaldo. Para cuidar de seu marido Elizabete teria que contornar sua própria vontade de não se aproximar dele, simultaneamente a resistência de Reginaldo em (não) medicar-se exporia Elizabete a ondas cada vez mais frequentes de agressividade do seu marido – agravando seu sofrimento particular. Delineava-se, assim, uma espécie de ciclo-vicioso (no amplo sentido do termo) entre os dois, um circuito modulado pelos “surtos”, agressões e medicalização de seus corpos:

Ele sofre de transtorno bipolar (mudança brusca de humor), ele não pode ter nem muita alegria, nem muita tristeza. A tristeza leva ele pro surto. A alegria leva ele pro surto depois joga ele dentro numa depressão. Não tem equilíbrio. Não tem equilíbrio nem para ele e eu tô desse jeito, eu não falo desse jeito. Eu tô falando com você aqui, mas os nervos já estão pulando dentro da minha carne. [...]. Então, é ... só de eu pensar no que que eu vou passar com ele aqui fora eu tô totalmente nervosa, com medo, entendeu?

O medo de Elizabete era justificável, pois ela sugeria que durante o período de cinco anos que Reginaldo cumpria a medida de segurança ele estava, naquele momento da desinternação, ainda mais instável.

A (re)inserção do *desinternante* na rede de saúde mental é organizada pelo princípio da territorialidade, o qual estabelece, em regra, que o paciente deva ser vinculado ao CAPS responsável pelo território de sua residência ou, por vezes, quando isso não é possível, algum território que ele tenha vínculo afetivo. No entanto, era muito comum que, quando a equipe clínica identificava que o paciente estava “em risco” em uma determinada região, se reorganizasse seu tratamento em outra, e este era o caso de Reginaldo. Embora, eu não saberia afirmar se a residência da mãe de Reginaldo estaria ou não no mesmo território de sua antiga moradia, onde residia Elizabete e, em uma construção em cima da casa, uma de suas filhas com o marido. Contudo, Elizabete preocupava-se com a possibilidade de Reginaldo voltar a morar com sua sogra, uma senhora de 86 anos: “[n]a família dele ele não se dá com ninguém, só com a mãe dele e agora agride até a mãe, tá? No surto de abril do ano passado ele agrediu a mãe dele, quase bateu, só não bateu, porque a irmã dele que estava lá entrou na frente, entendeu?”

O território em que se localizava a residência de Reginaldo era considerado uma área de risco para ele, justamente pelo “surto” que teria motivado sua internação no manicômio judiciário. O “surto” que teria causado a internação de Reginaldo no HCTP começou quando ele jogou uma grade de ferro que estava para ser colocada na janela de seu edifício em cima de uma de suas filhas. Quando jogou essa grade, detalha Elizabete, ele queria que o objeto tivesse acertado a outra filha (sua vizinha

de cima), “*ele troca tudo, ele fica muito violento*”, acrescenta Elizabete. Neste momento a esposa de Reginaldo e suas filhas fugiram de casa: “*Então, nós conseguimos fugir da casa, na rua que eu moro passa van e nós fizemos sinal e tentamos entrar na van e ele tentou impedir e o motorista fechou a porta e ele se machucou*”. Depois daquele período Elizabete não teria mais visto Reginaldo: “*dali ele sumiu, ficou uns dias sumido e quando ele voltou a casa tava toda trancada, nós saímos de casa, tava tudo trancado*”, ela e suas filhas haviam saído para o trabalho. “*Não tinha a chave para ele entrar. Nosso muro é muito alto, ele tentou pular o muro e não conseguiu e aí ele foi implicar com o borracheiro*” que trabalhava perto de sua residência. “*Ele bateu no borracheiro, veio outro vizinho pra socorrer o borracheiro e foi quando ele feriu esse vizinho, tá? Ele cortou a barriga do vizinho de fora a fora, cortou o joelho, o rapaz desmaiou*”. Nesse ínterim o homem atacado “*foi socorrido*” pelo policial “*que [também] mora próximo*”, ele deu voz de prisão para Reginaldo, ordem essa que não foi atendida, “*foi aquela confusão*”. O policial teria disparado “*o revólver em cima dele, a bala não saiu, quando ele viu que o policial estava impossibilitado de atirar, ele [Reginaldo] partiu pra cima do policial e feriu o policial aqui no peito e nas costas*”. Nessa mesma vizinhança outros policiais que moravam na rua “*vieram e bateram muito nele, tá? E algemaram ele e já [o] levaram pro presídio*”.

Os policiais militares envolvidos na briga com Reginaldo faziam parte da milícia local. Depois da “confusão” eles avisaram à Elizabete que Reginaldo não era mais bem-vindo na região: “*os policiais foram lá no meu portão e disse [sic] pra mim o seguinte: ‘a senhora pode ficar aí com as suas filhas e seus genros o tempo que a senhora quiser, mas se o Reginaldo aparecer na [endereço], a próxima vez que ele vier, ele é um homem morto*”. Reginaldo estava preso no HCTP e Elizabete se sentia presa na própria casa:

[...] ele foi ameaçado, eu fui ameaçada, então a nossa vida é assim, de casa pro serviço, nós não temos o direito de sentar no portão, quando eu recebo uma visita, pelo menos dois ou três policiais ficam em frente ao meu portão, nós não temos uma liberdade, mas nós compramos aquela casa, meu marido comprou aquela casa quando ele se aposentou. Ele pagou a casa à vista, aquela casa é dele, [...] nós terminamos a construção ... e isso acabou com a nossa família, minhas filhas têm pena dele, eu tenho pena dele, mas a gente não pode receber ele dentro da nossa casa e isso trouxe ... criou dentro dele uma revolta muito maior, aí ele diz que quando sair vai matar.

Sentindo-se presa em sua própria residência e atrelada moral e legalmente ao marido, o sentimento de culpa misturado ao de compaixão por Reginaldo situava Elizabete em uma profunda angústia. Quando a perguntei como ela estava lidando com seu medo e se ela cuidava de sua

saúde, Elizabete me explicou que ela estava se tratando: “*Eu tenho médico, faço tratamento, eu tenho plano de saúde, a clínica da família é pertinho da minha casa, eu trato na clínica da família*”, mas esse cuidado lhe era insuficiente. Ela apontava que “*o remédio faz efeito por algumas horas, mas o negócio é dentro de mim*”.

O que é isso dentro de Elizabete? “*Eu não consigo controlar isso, porque, na realidade, eu tenho muito medo dele, entendeu?*”, ela me dizia. Há um resto incapturável, incontrolável que permanece silenciado no tratamento medicamentoso (CAMPOS; ZANELLO, 2016, p. 115): a experiência do medo que Elizabete sentia de Reginaldo. Esta forma de silenciamento pode ser considerada uma verdadeira “mordaca química” (ANDRADE; MALUF, 2017, p. 818) de mulheres e seus sofrimentos, sob a justificativa psiquiátrica de favorecer “um equilíbrio para as mulheres que, tendo suas angústias aliviadas, manteriam suas funções no contexto em que vivem” (ANDRADE; MALUF, 2017, p. 818), mas a que preço?

Elizabete, ainda assim, justificava para mim que seu marido tentava se conter, exercer seu autocontrole, ainda que para obtê-lo, ele a controlasse:

[...] ele tenta, eu percebo que ele tenta se controlar perto de mim, entendeu? Mas eu tenho que fazer tudo o que ele quer, eu tenho que concordar com tudo o que ele fala, achar graça, tem que rir na hora que ele ri eu tenho que rir junto com ele, só que tem coisa que eu num ... eu faço pra ele ficar bem, não é porque eu quero.

A narrativa de Elizabete emerge como aquilo que resta do enquadramento clínico-legal produzido pelos diferentes profissionais envolvidos na gestão da medida de segurança. Na narrativa de Elizabete surgem as dificuldades de *viver com Reginaldo*:

[...] não me arrependo dos anos que eu vivi bem com ele, no fundo do meu coração eu tenho muita pena dele, tenho muita pena dele, entendeu? Só que ele vira, vamos dizer assim: “O Rambo”, ele [...] diz que vai dar tiro em mim, eu já sofri muita pancada, já apanhei muito, então hoje eu não quero mais isso para a minha vida, nem tenho ... nunca quis ... nem tenho mais saúde, um sopro dele eu caio e não me levanto mais, entendeu?

A demanda de Elizabete era percebida ora como um obstáculo para o tratamento de Reginaldo, ora como uma queixa que deveria ser traduzida ou solucionada, seja pelo Direito, seja pela assistência psicossocial. Quando Elizabete nos conta sua história ela nos mostra de que forma sua narrativa está implicada em sua vida e delinea o emaranhado complexo de relações situadas na medida de segurança que escapam ao enquadramento legal e terapêutico. “Contar uma história”, afirma o antropólogo Tim Ingold (2015, p. 236, grifos no original), “*é relacionar*, em uma narrativa, as ocorrências do passado, trazendo-as à vida no presente vívido dos ouvintes como se

estivessem acontecendo aqui e agora”. Por relação entendemos não “uma conexão entre entidades predeterminadas, mas como o retrazar de um caminho através da experiência vivida” (INGOLD, 2015, p. 236-237). É justamente essa experiência vivida que é desconsiderada pela máquina terapêutico-legal que reconecta Reginaldo, pelo parentesco, à Elizabete obrigando-a (direta ou indiretamente) a cuidar de seu marido, mesmo contra sua vontade. É este impasse que angustia Elizabete, é dele que ela parece querer fugir: “*então, como é que eu vou sair, deixar minhas filhas? Mas a minha vontade é de sumir, de sumir ... mas se eu sumir quem vai sofrer as consequências também é minha sogra que tem 86 anos, ele vai para a casa dela*”.

Quando eu perguntei para Elizabete o que ela vislumbrava para o seu futuro e o que ela pretendia fazer a respeito da situação em que se encontrava, me respondeu: “*Na verdade, eu queria viver bem longe dele, não desejo a morte dele, mas queria viver bem longe dele aonde eu nunca mais poderia vê-lo nem ele me ver, só que eu não sei como fazer isso, entendeu?*”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos, a orientação para reintegrar as pessoas que foram internadas em instituições psiquiátricas às suas famílias e comunidades de origem pode gerar, quando transposta ao contexto dos HCTP, efeitos paradoxais. Ao deslocar o eixo de cuidados das instituições estatais aos familiares, ao mesmo tempo em que o sujeito que fora desinternado ganha um novo regime de inteligibilidade social para além do *status* de “paciente” ou “doente mental”, o retorno ao convívio com familiares pode produzir mais sofrimento psicossocial.

Compreender o delicado trabalho estatal de refazer, fazer e desfazer parentesco pode contribuir aos estudos interessados em compreender o Estado para além de sua racionalidade burocrática. Analisar de que forma as instituições estatais são atravessadas por circuitos afetivos como amor, ódio, medo, esperança é também perceber de que maneira o poder estatal se capilariza e influencia aspectos fundamentais da subjetividade e intimidade de seus assistidos, especialmente nas políticas de cuidado em saúde mental.

Não se trata aqui de, simplesmente, criticar o dispositivo da desinternação, mas sim de entender a forma pela qual a própria internação produz o problema da desinternação, e tanto uma quanto a outra podem ter na família a sua causa. O caráter familiarista da Reforma Psiquiátrica mobiliza a potência terapêutica do vínculo familiar, mas também é necessário avaliar os limites desta abordagem, especialmente na extensão dessa lógica aos HCTP. A transferência do eixo de cuidado para as famílias, especialmente para as mulheres dessas famílias, em alguns casos pode produzir mais efeitos negativos que positivos. Ao naturalizar a alocação do cuidado na esfera familiar, nós deixamos de questionar

“como instituições sociais poderiam ser arranjadas para expandir estes entendimentos convencionais sobre os limites [*boundaries*] do cuidado” (TRONTO, 1987, p. 661). É necessário, nesse sentido, pensarmos em maneiras de compartilhar o cuidado das “pessoas com transtorno mental”, ao invés de privatizá-lo pela responsabilização da família (GOMES, 2020). Ainda que o CAPS seja o dispositivo mais adequado para fazer esse trabalho, muitas vezes ele, assim como outras instituições, opera “uma lógica institucionalizadora, medicalizante e eventualmente manicomial” (MALUF, 2018, p. 39) que reproduz as “diferenças e hierarquias de gênero” (MALUF, 2018, p. 40) ao naturalizar o papel de cuidadora das mulheres da família do desinternante (GOMES, 2020). Ao examinar de perto os modos de desinternação no campo da saúde mental, em geral, e no caso do HCTP, em particular, é possível repensar como uma norma abstrata de cuidado, a da “reinserção familiar”, pode reproduzir formas de violência em situações concretas.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. **O aberto: o homem e o animal**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

ANDRADE, Ana Paula Müller de; MALUF, Sônia Weidner. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. **Interface**, [s.l.], v. 21, n. 63, p. 811-821, 2017.

BRASIL. **Lei da Reforma Psiquiátrica**. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 28 abr. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução n. 05, de 04 de maio de 2004**. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civil/cadeias/pe_legislacao/2004resolu05.pdf. Acesso em: 27 maio 2017.

BRASIL. **Benefício assistencial ao idoso e à pessoa com deficiência (BPC)**. Publicado em 01 set. 2015. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/beneficio-assistencial-bpc-loas/>. Acesso em: 28 abr. 2017.

BRASIL. **Decreto Presidencial n. 8.940, de 22 de dezembro de 2016**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8940.htm. Acesso em: 28 abr. 2017.

BUTLER, Judith. **O clamor de Antígona: parentesco entre a vida e a morte**. Florianópolis: UFSC, 2014.

BUTLER, Judith. **Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

COSTA, Jurandir. **História da Psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

CRAPANZANO, Vincent. Horizontes imaginativos e o aquém e além. **Rev. Antropol.**, [s.l.], v. 48, n. 1, p. 363-384, jun. 2005.

DICIONÁRIO. **Verbetes “Estoquear”**. Disponível em: <http://www.osdicionarios.com/c/significado/estoquear>. Acesso em: 28 abr. 2017.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: Letras Livres; Editora Universidade de Brasília, 2013.

FRANCO, Túlio Maia. **Além da medida**: uma etnografia do “tratamento” previsto na medida de segurança em um manicômio judiciário do Estado do Rio de Janeiro. 2017. Dissertação (Mestrado em Sociologia e Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia, Rio de Janeiro, 2017.

FRANCO, Túlio Maia. ‘O comprimido entra e o chip sai’: uma análise etnográfica da medicalização da periculosidade em um manicômio judiciário. **Campos**, [s.l.], v. 19, n. 2, p. 103-123, 2018.

GOMES, Luiz Guilherme Araujo. **O canto dos excluídos!** Interfaces entre a Saúde e a Justiça na reinserção de pessoas inimizáveis. 2020. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, 2020.

GORMAN, Rachel. Mad Nation? Thinking through Race, Class and Mad Identity Politics. LEFRANÇOIS, Brenda; MENZIES, Robert; REAUME, Geoffrey (org.), **Mad Matters: A Critical Reader in Canadian Mad Studies**. Toronto: Canadian Scholars. Press Inc. 2013. p. 269-280.

GRELET, Stany; POTTE-BONEVILLE, Mathieu. Une biopolitique mineure entretien avec Giorgio Agamben. **Vacarme**, [s.l.], v. 10, 2000. Disponível em: <http://www.vacarme.org/article255.html>. Acesso em: 30 abr. 2017.

HARAWAY, Donna. Anthropocene, Capitalocene, Plantationocene, Chuthulucene: Making Kin. **Environmental Humanities**, [s.l.], v. 6, p. 159-165, 2015.

INGOLD, Tim. **Estar vivo**: ensaios sobre movimento, conhecimento e descrição. Trad. Fábio Creder. Petrópolis: Vozes, 2015.

LE BRETON, David. **Adeus ao corpo**: Antropologia e sociedade, 3. ed. Campinas: Papirus, 2003.

MALUF, Sônia Weidner; QUINAGLIA SILVIA, Érica. Apresentação, Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde. In: MALUF, Sônia Weidner; QUINAGLIA SILVIA, Érica (org.). **Estado, políticas e agenciamentos em saúde**: etnografias comparadas. Florianópolis: Editora da UFSC, 2018. p. 7-12.

MALUF, Sônia. Bioglegitimidade, direitos e políticas sociais: novos regimes biopolíticos no campo da saúde mental no Brasil. *In: MALUF, Sônia Weidner; QUINAGLIA SILVIA, Érica (org.). Estado, políticas e agenciamentos em saúde: etnografias comparadas.* Florianópolis: Editora da UFSC, 2018. p. 15-44.

MISSE, Michel. Crime, sujeito e sujeição criminal: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria “bandido”. *Lua Nova*, [s.l.], n. 79, p. 15-38, 2010.

PATROCÍNIO, Stela do. **Reino dos bichos e animais é o meu nome.** MOSÉ, Viviane (org. apresent.). 2. ed. Rio de Janeiro: Beco do Azogue, 2009.

PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*, [s.l.], v. 9, n. 2, p. 335-355, 2002.

QUINAGLIA SILVA, Érica; LEVY, Beatriz Figueiredo; ZELL, Flávia Siqueira Corrêa. Mulheres perigosas: A dualidade desviante das loucas infratoras. *Anuário Antropológico*, [s.l.], v. 2, n. 1, p. 28-53, 2020.

RIOS, Clarice. “Nada sobre nós, sem nós”? O corpo na construção do autista como sujeito social e político. *In: Encontro Anual da ANPOCS*, 40, 2016. *Anais [...]*. ANPOCS, 2016. Disponível em: <http://www.anpocs.org/index.php/papers-40-encontro/st-10/st11-8/10242-nada-sobre-nos-sem-nos-o-corpo-na-construcao-do-autista-como-sujeito-social-e-politico/file>. Acesso em: 14 abr. 2017.

RODRIGUES, Carla; GRUMAN, Paula. “Do abjeto ao não-enlutável: o problema da inteligibilidade na filosofia de Butler”. *Anuário Antropológico*, [s.l.], v. 46, n. 3, p. 67-84, 2021.

SILVA, Martinho Braga Batista e. O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO. *Physis*, [s.l.], v. 20, p. 653-682, 2010a.

SILVA, Martinho Braga Batista e. As pessoas em medida de segurança e os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no contexto do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, [s.l.], v. 20, p. 95-105, 2010b.

STEVENSON, Lisa. The Psychic life of biopolitics: Survival, cooperation, and Inuit community. *In: American Ethnologist*, [s.l.], v. 39, n. 3, p. 592-613, 2012.

STEVENSON, Lisa. **Life beside itself: imagining care in the Canadian Arctic.** Oakland: University of California Press, 2014.

STRATHERN, Marilyn. Refusing Information. *In: STRATHERN, Marilyn. Property, Substance, Effect: Anthropological Essays on Persons and Things.* Londres: Athlone Press, 1999. p. 64- 86.

STRATHERN, Marilyn. **Parentesco, direito e o inesperado**: parentes são sempre uma surpresa. São Paulo: Editora Unesp, 2015.

SOUZA LIMA, Antonio Carlos de. Introdução: Sobre gestar e gerir a desigualdade: pontos de investigação e diálogo. *In*: SOUZA LIMA, Antonio Carlos de (org.). **Gestar e gerir**: estudos para uma antropologia da administração pública. Rio de Janeiro: Nuap; Relume-Dumará, 2002. p. 11-22.

SOUZA LIMA, Antonio Carlos de. Apresentação do Dossiê Fazendo Estado: O estudo antropológico das ações governamentais como parte dos processos de formação estatal. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 559-564, 2012.

SUDNOW, David. **La organización social de la muerte**. Buenos Aires: Editorial Tiempo Contemporaneo, 1971.

TRONTO, Joan Claire. Beyond Gender Difference to a Theory of Care. **Signs: Journal of Women in Culture and Society**, [s.l.], v. 12, n. 4, p. 644-663, 1987.

VELHO, Gilberto. **Individualismo e cultura**: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

VINUTO, Juliana; FRANCO, Túlio Maia. “Porque isso aqui, queira ou não, é uma cadeia”: as instituições híbridas de interface com a prisão. **Mediações-Revista de Ciências Sociais**, [s.l.], v. 24, n. 2, p. 250-277, 2019.

ZANELLO, Valeska. A saúde mental sob viés de gênero: uma releitura genrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. *In*: ZANELLO, Valeska; ANDRADE, Ana Paula Muller (org.). **Saúde mental e gênero**: diálogos, práticas e interdisciplinaridade. Curitiba: Editora Appris, 2014. p. 41-58.

ZANELLO, Valeska; CAMPOS, Ioneide de Oliveira. Saúde mental e gênero: o sofrimento psíquico e a invisibilidade das violências. **Vivência: Revista de Antropologia**, Natal, v. 48, p. 105-118, 2016.

Submetido em: 20/06/2021

Aprovado em: 29/09/2021

Túlio Maia Franco

tuliofranco90@gmail.com

Doutorando em Antropologia Cultural pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGSA/UFRJ), bolsista FAPERJ e membro do Laboratório de Etnografias e Interfaces do Conhecimento (LEIC).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8405-8522>

NOTAS

- ¹ Critério este que justificaria qualquer internação psiquiátrica.
- ² Para uma revisão crítica sobre os marcadores de classe e raça nas narrativas em torno da loucura, veja: Gorman (2013). Para uma revisão histórica dos demarcadores raciais e eugênicos na história da psiquiatria brasileira, veja: Costa (2006).
- ³ Não analisarei as nuances da perícia multiprofissional neste texto, mas se trata de um empreendimento relativamente recente que pretende reformular o modo como a perícia psiquiátrica é conduzida.
- ⁴ Este e outros textos consultados em língua estrangeira foram traduzidos por mim.
- ⁵ Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos terapêuticos da rede de saúde mental que fornecem cuidados multiprofissionais à população assistida pelo Sistema Único de Saúde.
- ⁶ Provavelmente Gabriela se refere ao verbo “estoquear”, significa: “Ferir com estoque, dar estocada em. P. ext. Picar, aferroar, aguilhoar.” (Dicionário, *on-line*).
- ⁷ A Saída Terapêutica é uma forma de benefício concedido ao paciente que tenha bom comportamento e demonstre adesão ao tratamento para que ele possa passar um período fora do manicômio.
- ⁸ Trata-se do benefício concedido pela “Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) que é a garantia de um salário mínimo mensal ao idoso acima de 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade com impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (que produza efeitos pelo prazo mínimo de 2 anos), que o impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas.” (Brasil, *on-line*, grifos no original). Para mais informações consulte: <http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/beneficio-assistencial-bpc-loas/>
- ⁹ Devo essa ideia ao sociólogo e pesquisador César Pinheiro Teixeira, embora seu desenvolvimento e eventuais erros de interpretação sejam de minha total responsabilidade.
- ¹⁰ Em artigo anterior (FRANCO, 2018) descrevo em mais detalhes a ideia de “estabilização psiquiátrica” no contexto do HCTP.
- ¹¹ São possíveis subdivisões dessas categorias.