



# CÁRCERE QUÍMICO E A PEDAGOGIA DO SILÊNCIO

para onde vão os corpos invisíveis?

CLESIA CARNEIRO DA SILVA FREIRE QUEIROZ

Cárcere Químico e a Pedagogia do Silêncio: para onde vão os corpos invisíveis?

**Autora**  
Clesia Carneiro Da Silva Freire Queiroz

**CÁRCERE QUÍMICO E A PEDAGOGIA DO SILÊNCIO: PARA ONDE  
VÃO OS CORPOS INVISÍVEIS?**



Copyright © Editora Humanize  
Todos os direitos reservados

A reprodução não autorizada desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação do copyright (Lei 5.988/73 e Lei 9.61/98)

**Autor**

Clesia Carneiro Da Silva Freire Queiroz

**Publicação**

Editora Humanize

**Diagramação e Editoração**

Luis Filipe Oliveira Duran  
Caroline Taiane Santos da Silva  
Naiara Paula Ferreira Oliveira

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
(Editora Humanize, BA, Salvador)**

---

C634c    QUEIROZ, Clesia Carneiro Da Silva Freire .  
CI35383

*Cárcere Químico e a Pedagogia do Silêncio: Para Onde Vão Os Corpos Invisíveis?* - 1<sup>a</sup>ed.  
Bahia / BA: Editora Humanize, 2025  
1 livro digital; ed. I; il.

ISBN: 978-65-5255-153-5

1. Pedagogia 2. Cárcere 3. Liberdade  
I. Título

CDU 370

---

**Índice para catálogo sistemático**

1. Pedagogia	61
2. Cárcere	83
3. Liberdade	57

**"A loucura só deixará de ser perigo quando a liberdade deixar  
de ser um medo".**

CLESIA CARNEIRO DA SILVA FREIRE QUEIROZ

# **DEDICATÓRIA**

---

Àqueles que, em algum momento da vida, sentiram o peso do estigma e a dor da exclusão. Este livro é para todos os que acreditam que a dignidade humana não pode ter grades, e que a luz da democracia só brilhará plenamente quando iluminar também os porões que preferimos não ver.

# **SIGNIFICADO DO TÍTULO**

---

O título Cárcere Químico e a Pedagogia do Silêncio revela a dupla face da opressão institucional: a contenção do movimento pelos fármacos e a anulação do pensamento pela educação bancária. Ao questionar o destino dos corpos invisíveis, a obra expõe a transição perversa do hospício para a cela, denunciando um sistema que não busca a cura, mas o silenciamento absoluto de quem a sociedade se recusa a acolher.

Aqui está o significado detalhado de cada termo escolhido:

## **1. Cárcere Químico**

O termo "Cárcere Químico" desloca o conceito de prisão das paredes de concreto para a corrente sanguínea.

- A Grade Líquida: Significa que o indivíduo não precisa de correntes físicas para ser contido; a superdosagem de psicotrópicos cria uma barreira invisível que impede a reação, o protesto e a autonomia.
- O Controle Biopolítico: Refere-se à gestão do corpo pelo Estado através da farmacologia. O remédio aqui não é cura, é uma ferramenta de segurança pública para manter o "depósito de gente" em estado de torpor.

## **2. Pedagogia do Silêncio**

Esta expressão é um contraponto direto à "Pedagogia do Oprimido" de Paulo Freire(2024).

- A Educação que Cala: Enquanto a educação deveria dar voz, a "Pedagogia do Silêncio" no sistema prisional ensina o indivíduo a ser passivo, a não questionar e a aceitar sua condição de inferioridade.
- O Alfabeto da Obediência: Significa que o ensino dentro dos muros serve apenas para ocupar o tempo e domesticar o comportamento, tratando o saber como uma ferramenta de vigilância e não de liberação.

## **3. Subtítulo: Para onde vão os corpos invisíveis?**

O subtítulo traz a dimensão humana e o questionamento ético da obra.

- Invisibilidade Social: Refere-se ao processo de "apagamento" do sujeito. Quando ele entra no sistema de custódia, ele deixa de ser um cidadão para se tornar um número, um prontuário ou um "caso clínico".
- O Destino do Descarte: A pergunta "Para onde vão?" denuncia o vazio assistencial. Ela sugere que esses corpos não retornam à sociedade, mas ficam presos em um ciclo eterno de reentradas no sistema, vivendo em um limbo onde a cidade não os alcança e o Estado os esquece.

# SUMÁRIO

---

PREFÁCIO: A HERANÇA QUE NÃO PASSA .....	10
<b>Parte I: A Genealogia da Exclusão .....12</b>	
CAPÍTULO 01: DO HOSPÍCIO À CELA – O FENÔMENO DA TRANSINSTITUCIONALIZAÇÃO .....	13
1.1 O Abismo Jurídico .....	13
1.2 O Imperativo da Resolução 487: Entre o Direito e o Desamparo .....	14
CAPÍTULO 02: A ARQUITETURA DO SILÊNCIO – O PANÓPTICO DE AZULEJO .....	15
2.1 A Estética do Abandono.....	15
<b>Parte II: A Saúde como Mecanismo de Controle.....16</b>	
CAPÍTULO 03: A CAMISA DE FORÇA QUÍMICA – O TRATAMENTO COMO ADESTRAMENTO .....	17
3.1 O Silenciamento dos Corpos.....	17
3.2 A Gestão da Apatia .....	17
3.3 A Ortopedia da Alma.....	18
CAPÍTULO 04: A HUMANIZAÇÃO DE FACHADA E O TEATRO DA SAÚDE .....	19
4.1 O Verniz de Humanidade .....	19
4.2 A Coisificação do Sujeito .....	19
4.3 O Abandono Programado .....	20
4.4 A Família como "Célula de Contenção": o cárcere do cuidado.....	20
<b>Parte III: Onde a Educação Falha – A Escola no Centro de Saúde Penitenciário .....</b> 21	
CAPÍTULO 05: O CURRÍCULO DA VIGILÂNCIA – APRENDER SOB A MIRA.....22	
5.1 A Educação como Depósito.....	22
5.2 O Saber Interditado .....	22
5.3 A Escola como Moeda de Controle.....	23
CAPÍTULO 06: A INFANTILIZAÇÃO DO SABER – A CASTRAÇÃO DA SUBJETIVIDADE .....	24
6.1 O Apagamento da Biografia .....	24
6.2 A Pedagogia do Beabá e a Esterilização Subjetiva .....	24
6.3 O Diagnóstico como Muro Intelectual.....	25

## **Parte IV: O Abismo da Saída – O Destino do Nada .....26**

<b>CAPÍTULO 07: O "EGRESSO FANTASMA" E O VAZIO DA RAPS .....</b>	<b>27</b>
7.1 O Alvará como Expulsão .....	27
7.2 A RAPS e a Barreira do Estigma .....	27
7.3 O Giro do Destino: A Reentrada Programada .....	28
7.2 O Estigma como Muro Laboral: O Direito ao Trabalho Interditado .....	28
<b>CAPÍTULO 08: A JUSTIÇA TERAPÊUTICA COMO PUNIÇÃO INFINITA .....</b>	<b>29</b>
8.1 O Oráculo do Laudo e a Periculosidade.....	29
8.2 O Refém do Medo e o Pânico Moral .....	29
8.3 O Vácuo Jurídico: Entre o Castigo e o Cuidado .....	30

## **Parte V: Propostas de Ruptura (O Manifesto) .....31**

<b>CAPÍTULO 09: DESMILITARIZAR O CUIDADO – O SUS DENTRO DOS MUROS .....</b>	<b>32</b>
9.1 A Autonomia Clínica contra a Razão de Estado .....	32
9.2 Da Célula ao Território: O Cuidado Extramuros.....	32
9.3 O SUS como Escudo Ético.....	33
<b>CAPÍTULO 10: PELO FIM DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO – O DESTINO É A LIBERDADE .....</b>	<b>34</b>
10.1 A Residência Terapêutica como Resposta ao Medo.....	34
10.2 A Refundação do Cuidado: O Território Vivo .....	34
10.3 O Veredito: A Liberdade é Terapêutica .....	35
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>38</b>



## PREFÁCIO:

# A HERANÇA QUE NÃO PASSA

---

Imagine uma casa velha, cujas paredes estão impregnadas de dor. Por décadas, a sociedade olhou para essa casa — o manicômio — e sentiu um incômodo na alma. Decidimos, então, por uma reforma. Comemoramos a derrubada dos muros e o fim das correntes. Mas, enquanto celebrávamos na praça, o Estado, nos fundos do terreno, construía um anexo. Ele não chamou de hospital, nem de asilo. Chamou de "Centro de Saúde". Mas as chaves continuam nos mesmos cintos, e o ar que se respira ali ainda é o ar da clausura.

A Transição da Cor para o Cinza Antigamente, a loucura era uma "doença" que se escondia sob o jaleco branco. Hoje, ela sofreu uma mutação perversa: tornou-se "perigo" que se tranca sob a farda. O paciente não é mais alguém que precisa de cuidado; ele é uma ameaça que precisa de vigilância. Mudamos o rótulo do frasco, mas o conteúdo continua sendo o isolamento. A loucura, no sistema penitenciário, deixou de ser um diagnóstico para se tornar um agravante.

**A Transinstitucionalização:** O nome novo para a dor antiga a reforma que prometia a liberdade parou no portão da penitenciária. o que assistimos hoje é a "transinstitucionalização" — uma palavra difícil para uma realidade simples: o corpo apenas trocou de depósito. o "louco" que saía do hospício tropeçou no "inimputável" que entra na cela. O hospital não acabou; ele se metamorfoseou, vestiu-se de grade e se camuflou de Centro de Saúde. É o manicômio que se recusa a morrer, sobrevivendo como um parasita dentro do organismo do sistema prisional.

Neste livro, falaremos sobre o "vazio". Porém não se engane: esse vazio não é um erro de cálculo ou uma falha de planejamento. Ele é um projeto. Manter o paciente

psiquiátrico no limbo — nem totalmente doente para ser curado, nem totalmente preso para ser solto — é a forma mais eficaz de torná-lo invisível.

O vazio é o silêncio dos corredores onde ninguém ouve o grito, é a medicação que apaga a luz dos olhos e a escola que ensina apenas a baixar a cabeça. O Estado não "esqueceu" essas pessoas no vazio; ele as colocou lá para que nós, o resto da sociedade, pudéssemos esquecer que elas existem.

Este prefácio é um convite para você caminhar por esses corredores. Não para observar a loucura, mas para observar a nossa própria herança de exclusão. Porque enquanto houver uma grade protegendo um diagnóstico, a nossa reforma será apenas uma pintura nova sobre uma parede que está desmoronando.



# **PARTE I:**

## **A GENEALOGIA DA EXCLUSÃO**

Nesta primeira etapa, investigamos as raízes e a metamorfose das instituições de sequestro, analisando como o fim dos manicômios tradicionais não encerrou a segregação, mas a camuflou sob a arquitetura carcerária.

# CAPÍTULO 1:

## DO HOSPÍCIO À CELA – O FENÔMENO DA TRANSINSTITUCIONALIZAÇÃO

A história que nos contaram sobre o fim dos grandes asilos esconde uma dobra sombria na arquitetura das prisões brasileiras. Quando as marretas da Reforma Antimanicomial derrubaram os muros dos antigos hospitais, a sociedade acreditou que a barbárie havia sido encerrada por decreto. Contudo, o que se seguiu não foi uma libertação plena, mas um rearranjo geográfico da exclusão.

Como bem observa Franco Basaglia (2024), a instituição tende a se reconstituir sob novas formas se a lógica da segregação não for destruída na raiz; sem essa ruptura, apenas trocamos o nome do depósito. O que observamos, portanto, é a metamorfose do castigo: o "louco" deixou de ser apenas um paciente para se tornar o sujeito invisibilizado pela lógica da "loucura-perigo".

Este processo, tecnicamente chamado de transinstitucionalização, nada mais é do que a reciclagem do manicômio. O Estado deslocou o indivíduo do leito hospitalar para o concreto da cela, mantendo o que Erving Goffman (2015) define como uma "Instituição Total": um lugar de residência onde um grande número de indivíduos, isolados da sociedade, levam uma vida fechada e formalmente administrada, perdendo sua identidade em favor de uma rotina burocrática e punitiva.

### 1.1 O Abismo Jurídico

Existe um hiato profundo entre a Lei 10.216/2001 e o Código Penal de 1940. A manutenção da Medida de Segurança opera como uma engrenagem de punição infinita. Diferente do preso comum, o sobrevivente do asilo habita um território da exceção, onde sua liberdade está condicionada à "cessação de periculosidade". Essa estrutura confirma a tese de que o diagnóstico, nestes espaços, não serve à cura, mas à manutenção do controle. O indivíduo permanece em um limbo onde o tempo para, pois, como em toda instituição total, a barreira que separa o sujeito do mundo externo torna-se o principal mecanismo de sua degradação social.

## **1.2 O Imperativo da Resolução 487: Entre o Direito e o Desamparo**

A Resolução 487 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), instituída em 2023, representa o marco jurídico mais contundente na tentativa de encerrar o ciclo da "loucura-perigo" no Brasil. Ela estabelece a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, determinando o fechamento definitivo dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e a transição do cuidado para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Sob a ótica de Foucault (2024), essa resolução tenta quebrar o "olhar hierárquico" que funde punição e medicina, forçando o Estado a tratar o paciente judiciário não como um "corpo invisível" destinado ao depósito, mas como um sujeito de direitos inserido no território. No entanto, o choque entre o idealismo jurídico da norma e a realidade de uma rede de saúde mental precarizada cria um "vazio" assistencial.

O fim das medidas de segurança em instituições fechadas, embora seja um imperativo ético, expõe a negligência orçamentária: sem o fortalecimento de Residências Terapêuticas e CAPS, o "vazio da reforma" torna-se o local onde o direito à liberdade se transforma em abandono programado. A Resolução 487 não é apenas uma mudança de fluxo burocrático, é um teste de fogo para a democracia brasileira: estamos prontos para acolher a diferença ou apenas trocaremos o cárcere físico pelo exílio social nas ruas?.

## CAPÍTULO 2:

# A ARQUITETURA DO SILENCIO – O PANÓPTICO DE AZULEJO

A arquitetura de um Centro de Saúde Penitenciário não é neutra; ela é o corpo físico de uma ideologia que prefere vigiar a acolher. Ao caminhar por esses corredores, percebe-se que a estética hospitalar foi sequestrada pela funcionalidade carcerária. O desenho desses espaços ainda obedece à lógica do panóptico, descrita por Michel Foucault (2024), onde a arquitetura induz no detento um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder, independentemente de quem esteja vigiando.

### 2.1 A Estética do Abandono

O azulejo branco cumpre uma função sinistra: a neutralização da subjetividade. Nesse ambiente asséptico e hostil, o indivíduo é destituído de referências pessoais. Existe apenas o brilho frio das lâmpadas que anestesiaram a noção do tempo. O olhar que deveria ser de monitoramento clínico funde-se ao olhar de custódia. Como descreve Foucault(2024), o hospital-prisão organiza o espaço para que cada indivíduo seja um "caso" a ser observado e treinado, mas nunca um sujeito a ser ouvido.

A arquitetura aqui não serve para promover a saúde, mas para garantir que o corpo permaneça sob o domínio ininterrupto da vigilância. É o "olhar hierárquico" que transforma o cuidado em inspeção, garantindo que o silêncio dos corredores seja o reflexo de um controle que não admite frestas.



# PARTE III:

## A SAÚDE COMO MECANISMO DE CONTROLE

Nesta segunda parte, adentramos o domínio da biopolítica, onde o cuidado médico é subvertido em ferramenta de custódia. Investigamos como a farmacologia e o discurso da humanização são utilizados para manter a ordem e o silêncio, transformando o tratamento em uma extensão do castigo.

# CAPÍTULO 3:

## A CAMISA DE FORÇA QUÍMICA – O TRATAMENTO COMO ADESTRAMENTO

Se as paredes brancas formam a carcaça do Centro de Saúde Penitenciário, a medicação em excesso é o que mantém esse organismo funcionando em um silêncio artificial. Neste capítulo, investigamos como o ato médico foi sequestrado pela necessidade de vigilância. Aqui, o psicotrópico deixa de ser um instrumento de alívio do sofrimento para se tornar uma ferramenta de contenção. É a era da camisa de força química, onde a interdição do corpo não precisa mais de correntes de ferro, pois ocorre de dentro para fora.

### 3.1 O Silenciamento dos Corpos

Nos corredores dessas unidades, o que se observa não é a vivacidade de um processo terapêutico, mas a marcha lenta de sujeitos em torpor induzido. O uso indiscriminado de neurolépticos cumpre uma função política: um corpo dopado não protesta e não demanda atenção. Como adverte Robert Whitaker (2017), a medicalização em massa em contextos de exclusão não visa o equilíbrio neuroquímico, mas a criação de uma docilidade fabricada que facilite a gestão do espaço. A prescrição funciona como um controle remoto; o objetivo é garantir que o depósito de gente permaneça em uma prostração conveniente para a administração penitenciária.

### 3.2 A Gestão da Apatia

A medicalização do conflito atinge seu ápice quando qualquer sinal de indignação é lido estritamente como um "surto" que exige mais sedação. O sujeito invisibilizado perde o direito de sentir raiva pela sua condição; sua subjetividade é soterrada por camadas de química que eclipsam o brilho dos olhos. Conforme a tese de Gilles Deleuze (2023) sobre as sociedades de controle, o domínio não se dá mais apenas pelo confinamento em um lugar fechado, mas por mecanismos contínuos de modulação — no caso, a modulação química da consciência. Não se busca a cura do homem, mas a neutralização do sintoma para que ele não incomode a engrenagem do poder.

### **3.3 A Ortopedia da Alma**

Diferente da psiquiatria humanizada, onde o fármaco é um suporte para a autonomia, no limbo institucional ele é o fim em si mesmo. As equipes de saúde acabam operando uma "clínica do balcão", onde a receita substitui a escuta clínica. O resultado é a mecanização da vida: o indivíduo entra com um transtorno e sai com um dano cognitivo que o torna dependente do sistema que o destruiu. Como notificava Nise da Silveira (2015), ao tratar apenas o "caso" com eletrochoques ou drogas pesadas, ignora-se o afeto e a potência do ser, transformando o hospital-prisão em um moedor de subjetividades que produz a morte social antes mesmo da morte biológica.

## CAPÍTULO 4:

# A HUMANIZAÇÃO DE FACHADA E O TEATRO DA SAÚDE

O termo "humanização" tornou-se um dos conceitos mais desgastados e distorcidos dentro do sistema penitenciário. Neste capítulo, desmascaramos a psiquiatria cosmética, aquela que se limita a pintar as grades de azul e espalhar vasos de flores em pátios de concreto, enquanto a estrutura de poder permanece intacta. Trata-se de uma maquiagem institucional desenhada para satisfazer inspeções judiciais, mas que falha em tocar a dignidade do sujeito invisibilizado. É o que chamamos de o teatro da saúde: uma encenação de cuidado que esconde uma profunda violência protocolar.

### 4.1 O Verniz de Humanidade

Muitas vezes, a humanização é reduzida ao preenchimento de formulários e à criação de fluxogramas que nunca saem do papel. Como critica Franco Basaglia (2024), o perigo de modernizar o manicômio sem destruí-lo é que o horror se torna mais palatável e, por isso, mais difícil de combater. A retórica sanitária nos relatórios oficiais descreve atividades terapêuticas que, na prática, são apenas momentos de isolamento vigiado. O paciente vive um desamparo assistido: ele está cercado de técnicos, mas não é alvo de escuta; ele está dentro de um "centro de saúde", mas respira a opressão da cela.

### 4.2 A Coisificação do Sujeito

No teatro da saúde, o indivíduo deixa de ser uma pessoa com história e desejos para se tornar um "objeto de intervenção". A coisificação ocorre quando os protocolos de segurança definem quem pode ou não receber visitas, quem tem direito ao sol e quem deve ser contido. A humanização, nesse contexto, mimetiza o cuidado apenas para garantir a ordem. Seguindo o pensamento de Michel Foucault (2024), a humanização das penas não passa de uma tática para punir melhor, de forma mais sutil e econômica, sem nunca abdicar do controle sobre o corpo. O Estado edulcora o sofrimento para que a sociedade não precise olhar para o abismo que criou.

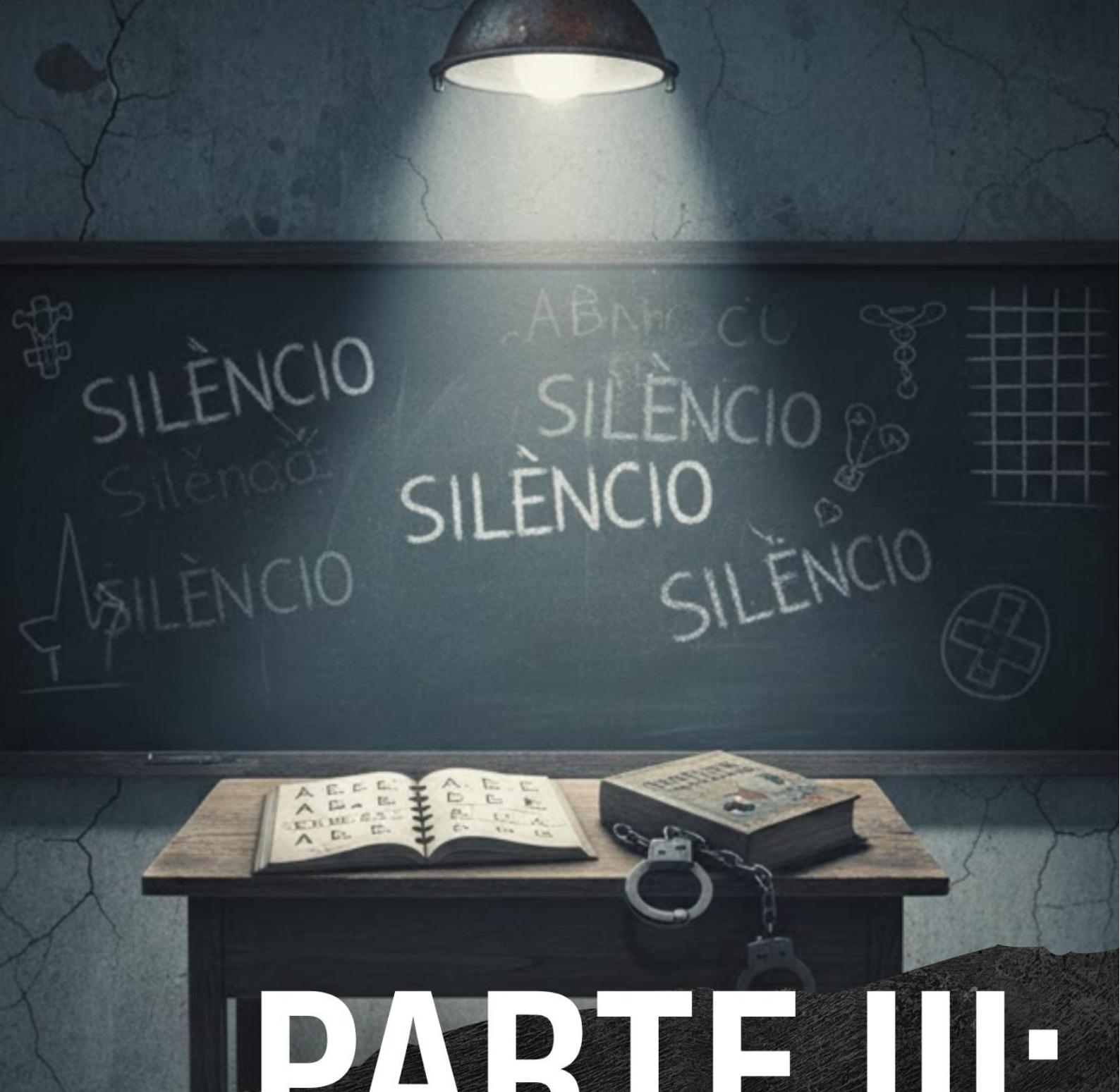
## **4.3 O Abandono Programado**

A falta de contato real com o mundo exterior e a fragmentação das equipes multidisciplinares revelam a face cruel dessa maquiagem. Sem terapeutas ocupacionais, sem assistentes sociais focados na reintegração e sem psicólogos com autonomia clínica, o Centro de Saúde Penitenciário torna-se apenas um depósito higienizado. A cidadania de papel é entregue em relatórios, mas o que resta ao homem é o abandono programado. O teatro termina quando as luzes se apagam e as grades se fecham, lembrando ao paciente que, apesar do jaleco que o atende, a lógica que o sustenta ainda é a da exclusão absoluta.

## **4.4 A Família como "Célula de Contenção": o cárcere do cuidado**

Quando as portas do Centro de Saúde Penitenciário se abrem por força da reforma, o destino imediato do egresso costuma ser o ambiente doméstico. O que deveria ser um processo de acolhimento e reintegração frequentemente se transforma na transferência da responsabilidade: o Estado retira o corpo do depósito institucional e o entrega à família, sem o devido suporte técnico ou financeiro. Nesse cenário, a casa deixa de ser um lar para se tornar uma nova "célula de contenção", onde parentes, exaustos e desamparados, assumem o papel de carcereiros por falta de alternativas na rede pública.

Essa dinâmica cria o que podemos chamar de sobrecarga assistencial. A família, já marcada pelo estigma do "louco infrator", é obrigada a gerenciar o risco, a medicação e as crises em um isolamento privado que mimetiza a segregação do manicômio. É o ápice da negligência orçamentária: o Estado economiza ao fechar leitos, mas não investe na ponta do sistema, deixando as famílias no limbo entre o amor e o medo. Se a Reforma Antimanicomial não vier acompanhada de uma rede de apoio real, o retorno para casa não será um ato de liberdade, mas uma condenação compartilhada à invisibilidade e ao desespero.



# **PARTE III:**

## **ONDE A EDUCAÇÃO FALHA**

### **A ESCOLA NO CENTRO DE SAÚDE PENITENCIÁRIO**

Nesta terceira parte, analisamos o paradoxo do ensino em ambientes de “custódia psiquiátrica”. Investigamos como a sala de aula, que deveria ser um espaço de libertação, é convertida em um laboratório de docilidade, onde o currículo e a didática são utilizados para infantilizar o sujeito e anular sua capacidade crítica de cidadão.

## CAPÍTULO 5:

# O CURRÍCULO DA VIGILÂNCIA – APRENDER SOB A MIRA

A escola dentro de um Centro de Saúde Penitenciário representa um dos cenários mais paradoxais da exclusão contemporânea. Se, no mundo livre, a educação é compreendida como o motor da autonomia, aqui dentro ela é ressignificada como uma pedagogia da contenção. O livro e o caderno dividem espaço com o cassete e o rádio comunicador. O plano de aula não nasce da necessidade do aluno, mas da autorização da segurança, resultando em um ensino sob custódia onde o saber é constantemente mediado pelo medo.

### 5.1 A Educação como Depósito

O que ocorre nessas salas é o exemplo máximo do que Paulo (2024) denominou como "educação bancária". O conhecimento é tratado como um objeto estático que o professor "deposita" em alunos considerados mentalmente passivos. Não há diálogo, não há troca de experiências e, principalmente, não há espaço para a dúvida. Como adverte Freire (2024), essa prática serve apenas para manter a estrutura de dominação, transformando o sujeito invisibilizado em um receptáculo de informações irrelevantes. O objetivo é o letramento dócil: o indivíduo deve aprender a ler as normas da prisão, mas nunca a interpretar as causas da sua própria exclusão.

### 5.2 O Saber Interditado

Nesse espaço vigiado, a relação pedagógica é marcada por uma verticalidade autoritária. O professor entra na unidade sob o olhar vigilante do agente penal, o que acaba por engessar qualquer tentativa de debate crítico. O currículo é cuidadosamente prescrito para evitar o "despertar" do paciente-detento. Temas que envolvam direitos, história social ou cidadania são frequentemente suprimidos sob a alegação de preservação da ordem. Como aponta Michel Foucault (2024), a instrução no cárcere é um braço da disciplina:

ensina-se para ocupar o tempo e para monitorar o comportamento, nunca para fomentar a liberdade de pensamento.

### **5.3 A Escola como Moeda de Controle**

A frequência escolar, que deveria ser um direito humano inalienável e um pilar do tratamento de saúde mental, é degradada a uma ferramenta de barganha. O acesso à sala de aula é utilizado pelo sistema como um prêmio para a "boa conduta" ou retirado como punição em momentos de crise psíquica. Ao condicionar o saber ao comportamento, o Estado promove um silenciamento cognitivo. A escola deixa de ser o local onde o homem recupera sua voz para se tornar apenas mais uma engrenagem na transmissão mecânica de normas. No Centro de Saúde Penitenciário, a lousa é apenas outra parede que isola o sujeito da sua própria capacidade de transformar o mundo.

## CAPÍTULO 6:

# A INFANTILIZAÇÃO DO SABER – A CASTRAÇÃO DA SUBJETIVIDADE

Se o currículo serve à vigilância, a forma como o conhecimento é entregue serve à anulação da agência. Neste capítulo, denunciamos a tutela desumanizante que recai sobre o paciente psiquiátrico no sistema prisional. Ao cruzar o portão da unidade de saúde, o adulto — com suas vivências, traumas e saberes — é submetido a um tratamento pueril, como se o transtorno mental operasse uma regressão automática à infância. A escola, em vez de elevar o sujeito, atua para infantilizar aquele que já está fragilizado pelo isolamento.

### 6.1 O Apagamento da Biografia

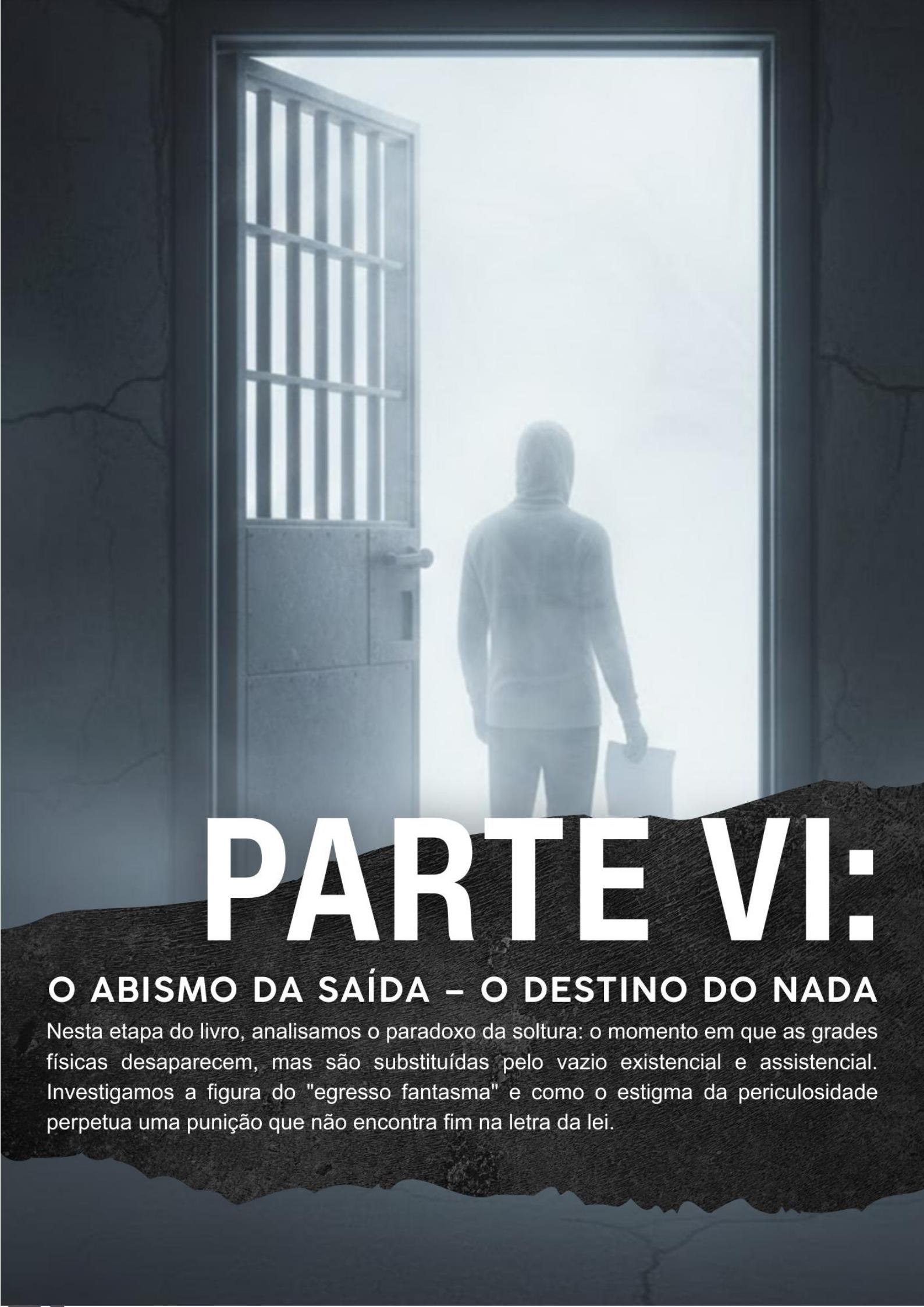
A primeira violência deste modelo é a anulação da biografia. Homens e mulheres com décadas de história são confrontados com materiais didáticos simplistas, frases desconexas e exercícios de repetição que ignoram sua maturidade biológica e social. Como explica Erving Goffman (2015), um dos pilares das "Instituições Totais" é a mortificação do eu: o indivíduo é despojado de sua identidade anterior para ser moldado pela instituição. No Centro de Saúde Penitenciário, essa mortificação ocorre pela via pedagógica, onde a incapacidade presumida do aluno justifica a entrega de um saber estéril e sem sentido.

### 6.2 A Pedagogia do Beabá e a Esterilização Subjetiva

Muitas vezes, a atividade educativa nesses espaços mimetiza uma pré-escola. O objetivo não é o letramento crítico, mas a ocupação do tempo com tarefas mecânicas que não exigem reflexão. Este simplismo didático revela um preconceito profundo: a ideia de que o "louco" é incapaz de abstração. De acordo com a crítica de Paulo Freire (2024), ao negar ao oprimido a capacidade de pensar o mundo de forma complexa, o opressor garante a sua passividade. A educação torna-se, então, uma ferramenta de castração do pensamento, impedindo que o paciente-detento se reconheça como um sujeito de direitos e desejos.

## 6.3 O Diagnóstico como Muro Intelectual

No cotidiano da cela-escola, o diagnóstico médico funciona como um muro intelectual. Se o prontuário assinala uma psicose ou um comprometimento cognitivo, o sistema imediatamente invalida qualquer lampejo de genialidade ou criticidade do aluno. Como aponta Michel Foucault (2024), o saber médico-pedagógico cria uma "norma" que exclui o diferente, rotulando-o como alguém que não precisa ser ouvido, apenas "conduzido". O resultado é a produção de um sujeito despojado de sua própria voz, condicionado a aceitar uma existência mínima, onde até o direito ao conhecimento complexo lhe é amputado em nome de uma suposta proteção institucional.



# **PARTE VI:**

## **O ABISMO DA SAÍDA – O DESTINO DO NADA**

Nesta etapa do livro, analisamos o paradoxo da soltura: o momento em que as grades físicas desaparecem, mas são substituídas pelo vazio existencial e assistencial. Investigamos a figura do "egresso fantasma" e como o estigma da periculosidade perpetua uma punição que não encontra fim na letra da lei.

# O "EGRESSO FANTASMA" E O VAZIO DA RAPS

Se o muro do Centro de Saúde Penitenciário é uma barreira física intransponível, o alvará de soltura muitas vezes revela-se uma fronteira simbólica ainda mais impiedosa. Este capítulo explora o fenômeno do egresso fantasma: o indivíduo que, após anos de cárcere químico, recebe o direito de partir, mas descobre que não existe um lugar para recebê-lo. A liberdade, neste contexto, não é um retorno à vida, mas uma soltura compulsória em direção ao nada. O Estado, que foi um "pai" punitivo por décadas, subitamente opera uma desvinculação absoluta, lançando o sujeito em um vazio assistencial.

### 7.1 O Alvará como Expulsão

No sistema penal comum, a liberdade é o ápice do processo; no sistema de saúde mental, ela pode se tornar um exílio social. Muitos desses sujeitos perderam, ao longo do confinamento, os vínculos familiares e as referências geográficas. Ao serem libertos, tornam-se desterritorializados. Como aponta Franco Basaglia (2024), a verdadeira desinstitucionalização não se faz apenas abrindo as portas da instituição, mas criando as condições para que o sujeito habite a cidade. Sem habitação, sem suporte financeiro e sem acolhimento, o egresso deixa de ser um paciente para se tornar um naufrago institucional, vagando entre a memória do trauma e a dureza da rua.

### 7.2 A RAPS e a Barreira do Estigma

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que deveria ser o porto seguro para este indivíduo, frequentemente apresenta uma paralisia diante do egresso do sistema prisional. O estigma da "periculosidade" atua como uma barreira estigmatizante nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O rótulo de criminoso sobrepõe-se à condição de cidadão, resultando em uma negligência territorial. Segundo a tese de Gilles Deleuze (2023), vivemos em uma sociedade onde o controle é feito pelo rastreamento; o egresso fantasma, por não

ter endereço ou registro na rede de saúde local, torna-se um "ponto cego" no sistema. Ele é o corpo que a saúde não quer e que a segurança já descartou.

### 7.3 O Giro do Destino: A Reentrada Programada

A consequência imediata dessa liberdade desamparada é a inevitável reentrada no sistema. Sem medicação controlada e sem rede de apoio, o sujeito entra em crise psíquica ou comete pequenos delitos de sobrevivência, sendo capturado novamente pelas forças de segurança. Este movimento circular confirma que o "vazio" não é uma falha, mas uma engrenagem do abandono programado. Como descreve Michel Foucault (2024), a prisão produz o delinquente para poder controlá-lo melhor. No caso do inimputável, o sistema produz o "fantasma" para garantir que ele nunca deixe de ser um objeto de intervenção estatal, mantendo-o preso a uma cidadania suspensa que o impede de existir fora dos muros.

### 7.2 O Estigma como Muro Laboral: O Direito ao Trabalho Interditado

O "vazio da reforma" não é apenas clínico ou familiar; ele é, sobretudo, econômico e social. Para o sujeito invisibilizado que deixa o Centro de Saúde Penitenciário, a liberdade esbarra no medo de uma sociedade que não possui programas de reinserção profissional voltados a esse público. Se o trabalho é um dos pilares da cidadania e da autonomia, a ausência de políticas que fomentem frentes de trabalho protegidas ou cooperativas sociais condena o egresso a um ócio forçado.

O estigma do "louco infrator" opera como um filtro que exclui o indivíduo de qualquer oportunidade de subsistência, tratando-o como uma eterna ameaça. Existe uma falha crítica na rede de assistência, onde o Estado "entrega a chave" do cárcere, mas negligencia o suporte orçamentário para capacitação e inclusão produtiva. Sem renda e sem ocupação, o indivíduo é empurrado de volta para o limbo assistencial, transformando a soltura em um ciclo vicioso de reentrada no sistema.

Estamos realmente prontos para conviver com a diferença ou apenas queremos escondê-la sob o manto da assistência passiva? Sem o direito ao trabalho, a reforma antimanicomial corre o risco de ser apenas uma desocupação de leitos que substitui o muro de concreto pelo muro da fome e da marginalidade absoluta.

# A JUSTIÇA TERAPÊUTICA COMO PUNIÇÃO INFINITA

A expressão "Justiça Terapêutica" carrega em si uma contradição fundamental que este capítulo se propõe a desarmar. No cenário dos Centros de Saúde Penitenciários, o termo funciona como um eufemismo para uma temporalidade suspensa. Ao contrário do sentenciado comum, que possui uma data prevista para o retorno à liberdade, o paciente sob medida de segurança vive em uma sentença porosa, onde o fim da pena é um horizonte que recua à medida que se caminha. É a justiça que, sob o pretexto de curar, acaba por perpetuar a exclusão.

### 8.1 O Oráculo do Laudo e a Periculosidade

O mecanismo central dessa prisão indeterminada é o chamado "Exame de Cessação de Periculosidade". Este documento atua como um verdadeiro oráculo psiquiátrico, onde a liberdade do sujeito depende de um conceito jurídico-clínico fluido e carregado de subjetividade. Como aponta Michel Foucault (2024), o exame médico-psiquiátrico nos tribunais serve para transformar o criminoso em um "indivíduo perigoso", permitindo que a punição não foque no que ele fez, mas no que ele é ou pode vir a ser. O laudo, portanto, deixa de ser uma peça clínica para se tornar um veredito de periculosidade que imobiliza o destino do homem em pilhas de papel.

### 8.2 O Refém do Medo e o Pânico Moral

O grande entrave para a desinstitucionalização reside no pânico moral que envolve os casos de "alta periculosidade". Quando a família se recusa a receber o egresso por medo ou exaustão, o Estado utiliza esse abandono como justificativa para o encarceramento preventivo ad aeternum. Vivemos a era do direito penal do autor, onde o estigma indelével da loucura criminosa impede que se enxergue o sujeito além do seu surto passado. Segundo Erving Goffman (2015), uma vez que o indivíduo recebe o selo de "anormal", cada um de

seus atos é reinterpretado pela instituição para confirmar essa anormalidade, criando um ciclo onde a "prova de cura" torna-se impossível de ser alcançada.

### **8.3 O Vácuo Jurídico: Entre o Castigo e o Cuidado**

A justiça terapêutica opera, na verdade, em um vácuo jurídico. Ela não pune com a clareza do direito penal, nem cuida com a ética da saúde mental. O resultado é o que chamamos de "pena de morte social". Como abordava Franco Basaglia (2024), a periculosidade é um conceito político usado para justificar o descarte daqueles que a sociedade não quer integrar. Ao manter o indivíduo preso por não ter para onde ir, a Justiça abdica de seu papel de garantidora de direitos e passa a atuar como zeladora de um depósito de almas. O destino do sujeito invisibilizado fica, assim, retido em uma espera burocrática que consome sua sanidade e sua esperança de um dia voltar a pertencer ao mundo.



# **PARTE V: PROPOSTAS DE RUPTURA (O MANIFESTO)**

## CAPÍTULO 9:

# DESMILITARIZAR O CUIDADO – O SUS DENTRO DOS MUROS

Este capítulo propõe uma ruptura radical com a estrutura vigente: a saúde dentro do sistema prisional não pode mais ser um braço da administração penitenciária. Para que o **sujeito invisibilizado** recupere sua dignidade, é urgente desmilitarizar o cuidado. Isso significa que o jaleco não pode mais estar submetido à farda. A proposta central deste manifesto é a **territorialização da saúde** carcerária, transferindo a gestão técnica e administrativa das unidades de saúde para as Secretarias de Saúde, integrando-as plenamente à rede do SUS.

### 9.1 A Autonomia Clínica contra a Razão de Estado

A desmilitarização exige uma ruptura hierárquica. Hoje, o profissional de saúde é, muitas vezes, compelido a agir sob a lógica da segurança, onde o isolamento e o silenciamento prevalecem sobre a terapêutica. Como aponta Michel Foucault (2024), quando a medicina se alia ao poder punitivo, ela deixa de curar para se tornar uma técnica de normalização e controle dos corpos. Ao resgatar a autonomia clínica, garantimos que o médico, o psicólogo e o enfermeiro respondam a códigos de ética civil e sanitária, salvaguardando o prontuário soberano contra as interferências da disciplina carcerária.

### 9.2 Da Célula ao Território: O Cuidado Extramuros

Desmilitarizar significa também romper com o isolamento geográfico da assistência. A proposta aqui é que o tratamento não ocorra apenas dentro de "celas-ambulatório", mas que o paciente tenha acesso ao fluxo assistencial externo. Integrar a saúde prisional à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do território permite que o indivíduo comece a construir vínculos com a cidade antes mesmo da soltura. Como ensina Paulo Freire (2024), a libertação é um processo coletivo e dialógico; portanto, o cuidado não pode ser exercido em

um vácuo social, mas deve ser um exercício de cidadania que prepara o sujeito para o convívio em liberdade.

### 9.3 O SUS como Escudo Ético

A entrada definitiva do SUS nos muros das prisões funciona como um escudo ético contra a tortura e a negligência. Uma governança civil permite a transparência e a fiscalização social das condições de saúde no cárcere. Seguindo a premissa de Franco Basaglia (2024) de que o hospital deve ser permeável à sociedade, a desmilitarização transforma a unidade de custódia em um espaço de saúde transitório e nunca em um destino final. O objetivo é a emancipação do sujeito, garantindo que o cuidado seja pautado pela necessidade da vida e não pela conveniência da guarda.

## CAPÍTULO 10:

# PELO FIM DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO – O DESTINO É A LIBERDADE

Este capítulo final não é apenas uma conclusão, mas um veredito: o Manicômio Judiciário é um anacronismo penal que não possui mais lugar em uma democracia que preza pela dignidade humana. A existência de unidades que hibridizam hospital e prisão é a prova de que nossa civilização ainda não aprendeu a lidar com a diferença sem o uso da força. O manifesto encerra-se com a exigência da desativação progressiva de todos os HCTPs (Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico) e a transferência imediata do cuidado para a rede aberta.

### 10.1 A Residência Terapêutica como Resposta ao Medo

A pergunta que ecoou por toda esta obra — "o que fazer com os casos perigosos e sem família?" — encontra aqui sua resposta técnica e ética. A solução não é a cela, mas a Residência Terapêutica de Alta Complexidade. São casas inseridas na comunidade, com suporte técnico 24 horas, onde a segurança é garantida pela clínica da liberdade e não pelo isolamento. Como ensina Franco Basaglia (2024), a periculosidade é um rótulo que se dissolve quando o sujeito recupera seu lugar de cidadão. O acolhimento intensivo permite que mesmo os egressos mais fragilizados possam reintegrar-se ao tecido social, substituindo a vigilância armada pelo acompanhamento terapêutico constante.

### 10.2 A Refundação do Cuidado: O Território Vivo

O fim do manicômio judiciário exige que a sociedade aceite sua responsabilidade coletiva. O sujeito invisibilizado precisa de um endereço, de um nome e de uma rede. A rede substitutiva (CAPS, Centros de Convivência e Moradias Assistidas) deve ser fortalecida para que o destino do egresso não seja o vazio, mas o território vivo. Segundo Paulo Freire (2024), ninguém liberta ninguém, as pessoas se libertam em comunhão. Portanto, o tratamento em liberdade é um exercício dialógico onde o paciente aprende a ser sujeito de sua própria

história novamente. A liberdade não é apenas a ausência de grades; é a presença de possibilidades.

### 10.3 O Veredito: A Liberdade é Terapêutica

Concluímos esta obra afirmando que o único caminho para a justiça é a saúde, e o único caminho para a saúde é a liberdade. Como aponta Michel Foucault (2024), a prisão é o fracasso da justiça que não consegue educar nem curar. Refundar o sistema significa clausurar de uma vez por todas a ideia de que a dor pode tratar a mente. O destino final dos "corpos invisíveis" deve ser a cidade, as praças e os afetos. O muro caiu na lei em 2001; cabe a nós, agora, derrubá-lo na prática cotidiana, garantindo que a loucura nunca mais seja motivo para o esquecimento perpétuo.

**MEDO****LIBERDADE**

## CONCLUSÃO

---

Ao encerrarmos esta jornada pelos corredores do abandono, resta-nos uma pergunta que não pode ser calada: por que, mesmo diante de tantas evidências de fracasso, ainda insistimos em prender a loucura? A resposta, amarga e profunda, não reside na medicina ou no direito, mas no nosso medo. O medo de enfrentar o imprevisível, o medo do que foge à norma e, principalmente, o medo de reconhecer que o "outro" é um espelho de nossas próprias fragilidades. No entanto, este livro buscou provar que o medo não pode — e não deve — ser uma sentença perpétua.

Tratar a loucura em liberdade exige uma coragem que o isolamento dispensa. É fácil trancar; difícil é conviver. É cômodo sedar; desafiador é escutar. A verdadeira Reforma Antimanicomial não se faz apenas com decretos, mas com a disposição ética de sustentar o conflito no território da vida. Como nos ensinou Franco Basaglia (2024), a liberdade é o primeiro passo para a cura, e qualquer tentativa de "tratar" alguém retirando-lhe a cidadania é, em si, um ato de adoecimento. A liberdade não é o prêmio final de um tratamento bem-sucedido; ela é o próprio tratamento.

O silêncio que ecoa nos Centros de Saúde Penitenciários é o som do fracasso da nossa democracia. Uma nação que aceita o vazio como projeto de Estado e a transinstitucionalização como solução administrativa é uma nação que ainda não aprendeu a ser livre. Cada vida desperdiçada em um limbo institucional, cada biografia infantilizada por um sistema que deveria educar e cada corpo anestesiado por uma conveniência política é uma mancha no pacto de cidadania que firmamos. O silêncio dos corredores não é ordem; é a mordaça de uma sociedade que prefere não ouvir o grito da sua própria negligência.

Não escrevi estas páginas para que elas fossem apenas lidas, mas para que fossem sentidas como um incômodo persistente. O egresso fantasma e o sujeito invisibilizado não precisam da nossa piedade; eles exigem o nosso reconhecimento. Que esta obra sirva de

combustível para a ruptura abolicionista que tanto urgimos. Que possamos, enfim, trocar as chaves do cárcere pelas chaves das casas, e as grades do preconceito pela abertura do acolhimento.

A loucura só deixará de ser perigo quando a liberdade deixar de ser um medo. E, enquanto houver uma única alma retida em uma sentença porosa por falta de afeto e território, nenhum de nós será verdadeiramente livre.

# Referências Bibliográficas

---

BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Organização de Franco Ongaro Basaglia. Edição Comemorativa de Centenário. Rio de Janeiro: Fiocruz/LAPS, 2024. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br>. Acesso em: 20 nov. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Brasília: CNJ, 2023. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4947> em 20 de novembro de 2025.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. Tradução de Peter Pál Pelbart. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 2023.

FOUCAULT, Michel. **Vigar e Punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramalhete. 42. ed. Petrópolis: Vozes, 2024.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 78. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2024.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2015.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT)**: relatório anual 2023-2024: diagnóstico das instituições de custódia no Brasil. Brasília: MDHC, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/mnpct>. Acesso em: 20 nov. 2025.

SILVEIRA, Nise da. **O Mundo das Imagens**. Rio de Janeiro: Ática, 2015

WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assustador das doenças mentais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017

# CÁRCERE QUÍMICO E A PEDAGOGIA DO SILÊNCIO: *para onde vão os corpos invisíveis?*

