

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

ANTONIO CARLOS DE LIMA

“TORNAR-SE HUMANO EM UM LUGAR DESUMANO”:
ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS
PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL NO ESTADO DE
PERNAMBUCO

RECIFE

2019

ANTONIO CARLOS DE LIMA

**“TORNAR-SE HUMANO EM UM LUGAR DESUMANO”:
ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS
PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL NO ESTADO DE
PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel

Coorientador: Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva

RECIFE

2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

- L732t Lima, Antonio Carlos de.
Tornar-se humano em um lugar desumano: análise da política de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional no estado de Pernambuco / Antonio Carlos de Lima. - Recife: [s.n.], 2019.
156 p.: il.
- Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.
Orientadora: Idê Gomes Dantas Gurgel; coorientador: Martinho Braga Batista e Silva.
1. Prisão. 2. População Privada de Liberdade. 3. Política de Saúde. I. Gurgel, Idê Gomes Dantas. II. Silva, Martinho Braga Batista e. III. Título.

CDU 614.39

ANTONIO CARLOS DE LIMA

**“TORNAR-SE HUMANO EM UM LUGAR DESUMANO”:
ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS
PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL NO ESTADO DE
PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 26 de agosto de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel
Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz

Profª. Dra. Ana Kalliny de Sousa Severo
Faculdade de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior
Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz

*Para as pessoas privadas de liberdade que conheci pelo caminho,
muitas delas pretas, mulatas e outras quase brancas, mas tratadas como pretas*

AGRADECIMENTOS

À vida, ao Universo, ao sagrado e ao profano, que me ensinam a ser humano.

Aos meus pais por me colocarem no mundo e pelas lições aprendidas, apesar dos desencontros que tivemos.

A Fábio, meu amor, meu amante, meu companheiro. Esse homem incrível que eu conheci nas ladeiras de Olinda. Obrigado pela paciência nesse momento tão complexo, tão pesado, mas tão importante e revigorante para a minha vida profissional e pessoal. "*Vi que era amor quando te achei em mim e me perdi em você. Somos verso e poesia, outono e ventania, praia e carioca ...*". Que a Quarta-Feira de Cinzas nunca chegue. Te amo.

Agradeço aos colegas do mestrado acadêmico, turma 2017, pela experiência, por todas as trocas e aprendizados.

Um salve especial para Camila, uma grande amiga que fiz no mestrado. Obrigado pela parceria, por compartilhar comigo as frustrações, as dificuldades e possibilidades de escolher, como objeto de estudo, a saúde prisional, numa instituição que ainda não tinha expertise sobre o tema. Somos precursores, gata. Bora seguir a caminhada, minha amiga. Estamos no *front*.

A Wendy, esse amigo tão precioso que o mestrado me deu. Acolhedor em todos os sentidos e que me fez rir e sorrir quando tudo era motivo para choro e desespero. Eu te adoro demais. *Besha*, a senhora arrasa. Acabou! Se Joga.

Aos orientadores, Idê Gurgel e Martinho Braga, por acolherem o meu projeto e aceitarem o desafio de me orientar.

Aos professores – titulares e suplentes – que aceitaram fazer parte da banca examinadora do meu trabalho: Ana Kalliny Severo, Garibaldi Gurgel, Marcelo Pelizzoli e Kátia Medeiros.

Aos amigos queridos que, mesmo distantes, sempre foram essenciais para a minha formação acadêmica e para a minha vida: José Rodrigues Alvarenga Filho (o Zé, meu amigo-irmão), Mariana Alves (mulher-mãe-pesquisadora), Adriana Rosa Cruz Santos (Drica), Sara Sá (minha irmã do coração) e um monte de gente linda que me apoia e que me fortalece.

Aos trabalhadores da saúde prisional do estado de Pernambuco, que me ensinaram ser possível desenvolver o cuidado em saúde mesmo num terreno seco e duro. A vida floresce em lugares inimagináveis. Força para todos nós. Obrigado pelas lições e parcerias.

Agradeço à FACEPE, pelo auxílio com a bolsa de estudos.

Agradeço, também, à UFF e à ENSP/Fiocruz, pelo enriquecedor ensino que tive. A minha formação acadêmica e como sujeito não seria nada sem vocês. Mandela de Pedra vive!

Agradeço ao Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz-PE, que me acolheu como aluno.

A todos que direta ou indiretamente colaboraram para a construção desse trabalho.

Violência é acabarem com a nossa esperança
de chegar lá no barraco e beijar as crianças
e ligar a televisão e ver aquela mesma discussão
ladrão que rouba ladrão
a aprovação do mínimo ficou para próxima semana.

Violência é a gente ficar com a mão levantada
cabeça baixa em frente à multidão
E depois entrar no camburão roxo de humilhação e pancada
e chegar na delegacia e o cara puxar a nossa ficha corrida
e dizer que vai acabar outra vez com a nossa vida.

Violência é a gente receber tapa na cara e na bunda
quando socam a gente naquela cela imunda cheia de gente
e mais gente e mais gente e mais gente
pensando como seria bom ter um carrão do ano e aquele relógio rolex
Mas isso fica para depois uma outra hora.
Esquece.

(FREIRE, 2020, p. 32-33)

LIMA, Antonio Carlos de. **Tornar-se humano em um lugar desumano**: análise da política de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional no estado de Pernambuco. 2019. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das conquistas do processo de redemocratização do país, porém ainda se depara com desafios para ser efetivamente um sistema universal, integral e equânime para todos os brasileiros, principalmente para a população privada de liberdade (PPL), que hoje superlota o sistema prisional do país. Face a isso, no ano de 2014 foi sancionada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), com o intento de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS. Assim, esta pesquisa é um estudo de caso de abordagem qualitativa e que teve como objetivo analisar a PNAISP no estado de Pernambuco, na perspectiva dos membros do seu Grupo Condutor. O trabalho se debruçou sobre os aspectos sociais e históricos-contextuais que atravessam a saúde prisional, as ações desenvolvidas, os lugares, conflitos e interesses de seus principais sujeitos, bem como os impasses e as possibilidades para o desenvolvimento da PNAISP na referida unidade federativa. Concluiu-se que o sistema prisional pernambucano é paradoxal, pois, mesmo com problemáticas estruturais e outros atravessamentos, possui uma política de saúde prisional em curso, com significativos avanços. Para tanto, utilizou-se como aporte teórico a Análise Institucional, conceitos da Saúde Coletiva e da Criminologia Crítica, além da caixa de ferramentas de Michel Foucault, Gilles Deleuze, Félix Guattari, Giorgio Agamben e outros.

Palavras-chave: prisão; pessoas privadas de liberdade; política de saúde; atenção integral à saúde.

LIMA, Antonio Carlos de. **Become human in an inhumane place**: analysis of the National Policy for Comprehensive Health Care for Persons Deprived of Liberty in the Prison System in the State of Pernambuco. 2019. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) is one of the achievements of the country's re-democratization process, but it still faces challenges to be effectively a universal, comprehensive and equitable system for all Brazilians, especially for the population deprived of liberty (PPL) which today overcrowds the country's prison system. In view of this, in 2014 the National Policy for Comprehensive Health Care for Persons Deprived of Liberty in the Prison System (PNAISP) was sanctioned with the intention of guaranteeing the access of persons deprived of their liberty in the prison system to comprehensive care in SUS. Thus, this research is a case study with a qualitative approach and aimed to analyze the PNAISP in the state of Pernambuco from the perspective of the members of its Conducting Group. The work focused on the social and historical-contextual aspects that go through prison health, the actions developed, the places, conflicts and interests of its main subjects, as well as the impasses and the possibilities for the development of PNAISP in that federative unit. It was concluded that the Pernambuco prison system is paradoxical, because even with structural problems and other crossings it has an ongoing prison health policy with significant advances. For this purpose, Institutional Analysis, concepts of Collective Health and Critical Criminology, as well as the toolbox of Michel Foucault, Gilles Deleuze, Félix Guattari, Giorgio Agamben and others were used as theoretical support.

Keywords: prison; liberty deprived people; health policy; comprehensive health care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos entrevistados quanto ao vínculo Institucional, formação e tempo de atuação no sistema prisional.	60
Quadro 2 – Perguntas, Respostas, Teor das Falas e Falas Emblemáticas – Entrevistado 1... 64	64
Quadro 3 – Perguntas, Respostas, Teor das Falas e Falas Emblemáticas – Entrevistado 2... 64	64
Quadro 4 – Perguntas, Respostas, Teor das Falas e Falas Emblemáticas – Entrevistado 3... 65	65
Quadro 5 – Perguntas, Respostas, Teor das Falas e Falas Emblemáticas – Entrevistado 4... 65	65
Quadro 6 – Conexão de blocos narrativos e objetivos específicos.....	66
Quadro 7 – Categorias de análise e objetivos traçados.	67
Quadro 8 – Tipologia das EABp na PNAISP – Composição, Carga Horária Semanal e Valor do repasse financeiro mensal.	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tabela de aplicação de acréscimos aos valores do incentivo, aos estados, para custeio dos serviços de saúde, no âmbito da PNAISP.	81
Tabela 2 – Tabela de aplicação de acréscimos aos valores do incentivo, aos municípios, para custeio dos serviços de saúde, no âmbito da PNAISP.	82
Tabela 3 – Valores referentes à PNAISP repassados fundo a fundo para o estado de Pernambuco, 2014-2018.	124
Tabela 4 – Valores referentes à PNAISP repassados fundo a fundo para o estado de Pernambuco, 2014-2018.	125

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A.I.	Análise Institucional
APS	Atenção Primária a Saúde
CIDH	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CorteIDH	Corte Interamericana de Direitos Humanos
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAPES	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DH	Direitos Humanos
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EABp	Equipe de Atenção Básica prisional
FNS	Fundo Nacional de Saúde
INFOPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LEP	Lei de Execuções Penais
OEA	Organização dos Estados Americanos
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PPL	População Privada de Liberdade
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RBS	Reforma Sanitária Brasileira
SERES	Secretaria Executiva de Ressocialização
SES-PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SJDH-PE	Secretaria de Justiça e Direitos Humanos de Pernambuco
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	16
2	INTRODUÇÃO	20
3	OBJETIVOS	24
3.1	GERAL	24
3.2	ESPECÍFICOS.....	24
4	REFERENCIAL TEÓRICO	25
4.1	A ANÁLISE INSTITUCIONAL COMO FERRAMENTA PARA A ANÁLISE DE POLÍTICAS DE SAÚDE	26
4.2	O SISTEMA PRISIONAL NA CONTRAMAÇÃO DO GUIÃO DOS DIREITOS HUMANOS	37
4.3	“NÃO PODE CONTINUAR DO JEITO QUE ESTÁ. É CRUEL, MUITO CRUEL”: O DISPOSITIVO PRISÃO, A EXCLUSÃO DOS DESVIANTES E O GENOCÍDIO DA POPULAÇÃO NEGRA.....	42
4.4	MORTE-FIM E MORTE-MEIO: PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES, MÍDIA E A QUESTÃO DAS DROGAS.....	46
4.5	UMA COMPREENSÃO DE POLÍTICA E DE SAÚDE	56
5	PERCURSO METODOLÓGICO	58
5.1	DESENHO DO ESTUDO	59
5.2	PERÍODO DO ESTUDO.....	59
5.3	SELEÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO	59
5.4	POPULAÇÃO DO ESTUDO	60
5.5	INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS	61
5.6	CAMINHOS PERCORRIDOS: O MÉTODO ENQUANTO EXPERIMENTAÇÃO	61
5.6.1	Sobre a análise documental	61
5.6.2	Sobre as entrevistas	62
6	ASPECTOS ÉTICOS	69
7	“SAÚDE PRISIONAL SEMPRE FOI UMA COISA A PARTE MESMO”: CONTEXTUALIZAÇÃO DO SISTEMA PRISIONAL E DE SUA(S) POLÍTICA(S) DE SAÚDE	70
7.1	“COMO MUDAR ESSES NÚMEROS SE EU TENHO UMA SUPERLOTAÇÃO? NÃO TEM COMO ISSO NÃO INTERFERIR NA SAÚDE	

	DESSAS PESSOAS”: DADOS GERAIS E EPIDEMIOLÓGICOS DO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO E PERNAMBUCANO	70
7.2	O DILEMA DA INTEGRALIDADE: BREVE CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE PRISIONAL NO BRASIL.....	75
8	RESULTADOS E DISCUSSÕES	83
8.1	A EXCLUSÃO DOS EXCLUÍDOS: AS FORMAS SOCIAIS E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE PRISIONAL NO ESTADO DE PERNAMBUCO À LUZ DOS MEMBROS DO GRUPO CONDUTOR DA PNAISP.....	83
8.2	O PERFIL DA PPL EM PERNAMBUCO E SEUS AGRAVOS DE SAÚDE: O QUE DIZEM OS GESTORES?	90
8.3	SINGULARIDADES DE PERNAMBUCO: A SUPERLOTAÇÃO COMO ANALISADOR DA VIOLAÇÃO DE DH.....	93
8.4	ENTRE AMARRAS E SOLTURAS: O PARADOXO DO PACTO PELA VIDA E DAS AUDIÊNCIAS DE CUSTÓDIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO	99
8.5	“A MINHA PARTE É CUIDAR DE QUEM ESTÁ LÁ DENTRO”: O DESENVOLVIMENTO DA PNAISP NO ESTADO DE PERNAMBUCO.....	102
8.5.1	“Nada no sistema prisional é fácil. Tem que se ter muito diálogo, muito quebra-pau para se chegar a um denominador comum”: Os Sujeitos da PNAISP em movimento	102
8.5.1.1	O Grupo Condutor: grupo-assujeitado ou grupo-sujeito?.....	103
8.5.1.2	O Apoiador Institucional, a Coordenadora Local e o Supervisor de Saúde: elo ou duelo?	107
8.5.1.3	Presenças e Ausências: O Ministério da Saúde e o DEPEN.....	114
8.5.2	Barreiras (in)visíveis: a PPL e os entraves para o acesso à saúde	115
8.5.2.1	“A Segurança vem em primeiro plano”: Relações de poder no Grupo Condutor e o paradoxo do cuidado no sistema prisional pernambucano	115
8.5.2.2	A presença dos chaveiros: o “líder do pavilhão” em cena.....	117
8.5.3	“Eu confesso a você que a gente não tem pernas”: Os desafios para o alcance do itinerário carcerário e da comunidade prisional e as nuances do financiamento da PNAISP em Pernambuco	119
8.5.4	A implantação dos sistemas de informação em saúde como um significativo avanço da PNAISP em Pernambuco	130
8.5.5	A PNAISP em tempos sombrios: Expectativas dos membros do Grupo Condutor	135

9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	139
10	TORNAR-SE HUMANO EM UM LUGAR DESUMANO	141
	REFERÊNCIAS	142
	APÊNDICE A – DOCUMENTOS DA ANÁLISE DOCUMENTAL	153
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE – MEMBRO DO GRUPO CONDUTOR.....	154
	APÊNDICE C - TÓPICOS-ROTEIRO DA ENTREVISTA	156

1 APRESENTAÇÃO

Tornar-se humano em um lugar desumano
Niterói, 21 de julho de 2008 (segunda-feira)

Dr. Antonio, eu, seu paciente e amigo, quero lhe dizer sobre a minha vida penitenciária. Depois que eu for embora de alvará, assim pensando e pedindo ao senhor que não deixe acontecer de ficar aqui para o resto da vida. Prometo ao senhor que vou ser uma nova pessoa, não vou roubar mais, quero viver junto e recordar toda a minha família e meus amigos [...].

Dr. Antonio, a minha maior vontade é de me ver livre das grades e cadeados da minha vida, que está acontecendo esses dois anos e sete meses. Tenho vontade e é o meu maior desejo é de ir embora para casa e viver feliz junto da minha família. E queria que o senhor me ajudasse a tirar eu daqui. Obrigado, dr. Antonio, por tudo o que o senhor vem me acompanhando.
[Carta de um privado de liberdade]

É com o “coração na mão” que escrevo esse prólogo. Ele fala da minha implicação, das escolhas que fiz. Sintam-se livres para ler ou não essa parte do meu trabalho. O trecho transcrito acima é extraído da carta que recebi de um preso. Eu a guardo com carinho. Quando o que escolhi profissionalmente e os caminhos que percorri e que ainda pretendo percorrer começam a ficar “esquisitos”, eu recorro à carta para lembrar o que tracei como “missão”.

Tornar-se humano em um lugar desumano. Talvez muitos não entendam de imediato do que se trata, o porquê desse título. Por isso, quero falar sobre ele e sobre tantas outras coisas que falam da minha implicação com esse tema, que me escolheu e que eu escolhi.

Sou Antonio, tenho 38 anos – recém completados em julho –, carioca, filho de uma mineira branca e de um pernambucano negro retinto, criado nas ladeiras de Olinda. Profissão dos genitores? Uma doméstica e um pedreiro, semianalfabetos. Fiz o caminho inverso ao do meu pai e estou no Recife desde 2015. Sou negro, menos retinto, e que se assemelha aos muitos homens e mulheres presos nesse país, que apregoa a mentirosa democracia racial.

Apesar de ter nascido na zona sul do Rio, não morava nas avenidas e prédios de luxo de Ipanema, Copacabana ou do Leblon. Nasci em uma vila, tida hoje como comunidade, chamada Recanto Familiar. Depois Niterói, São Gonçalo... Uma ponte. Juntos e misturados.

Mesmo semianalfabetos, meus pais sempre foram preocupados com a educação dos filhos. “Meu filho vai ser doutor”, dizia o meu pai. Tive a oportunidade de estudar, mas convivía com a violência que ceifava a vida dos meus amigos na rua, mortos pelo tráfico, pela polícia. A violência do Estado. Sou um privilegiado. Um ponto preto fora da curva.

Éramos três e eu dei um passo. Concluí o ensino fundamental. Um corpo abatido no chão. Agora, éramos dois e mais um passo. Concluí o ensino médio (fui o primeiro da família,

da família extensa – tios, primos etc. –, a concluir o antigo segundo grau). Mais um corpo abatido no chão. E prossegui, até ingressar numa universidade federal e realizar o meu tão sonhado curso em Psicologia, que já me direcionava para a Saúde Pública, a Saúde Coletiva.

Tempos corridos, o da graduação, mas foram tempos felizes. Nos períodos de greve, aulas em janeiro. Um sol de verão de matar no Rio de Janeiro e eu tinha o privilégio de olhar da janela da sala de aula a Baía de Guanabara, a ponte Rio-Niterói, o Cristo Redentor e o Pão de Açúcar. Cidade maravilhosa. Maravilhosa para quem? Fim da graduação. UFF! Terminei!

Após a graduação, caminhei um pouco mais na academia. Outras felicidades e a compreensão de que esse mundo acadêmico também tritura e dilacera o nosso tempo e a nossa alma com pressões, pois ele também é pressionado. Produzir para se manter.

Quando adolescente, meu padrasto me levava ao lixão do bairro para ver algum corpo desovado. Prática educativa dos pais da época para dar o recado aos filhos que não valia a pena entrar para o mundo do crime ou até mesmo a usar drogas. Um corpo também pode ser forjado diante da decrepitude de outro corpo. Produção de subjetividades pura!

Os territórios marginalizados. Espaços de vulnerabilidade. Muros pichados com a palavra Saudade – analisador do extermínio. Os territórios falam, eles também têm vida, bem sabemos, mas não podemos esquecer da violência que permeia todas as relações, instaurando o medo. Minha mãe me dizia: “filho, se você ver um policial na rua, saia de perto, saia devagar, sem fazer escândalos”. Ela sabia que não seria fácil ter um filho preto. Não por ela, mas pelo fato de que o negro neste país é rotulado como ladrão, vagabundo, malandro e, mais ainda, visto como inimigo do Estado, ainda que essa nação tenha sido construída graças ao sangue negro. Somos frutos da violência. Diáspora. Sequestro colonizador.

No privilégio que poucos negros encontram, como foi e é o meu caso, o que se tenta é romper barreiras, pois a vida torna-se uma luta diária. É como se a nossa arma de luta fosse para impedir que a violência se propagasse, mas são muitas as limitações. Uma tarefa difícil.

A violência nos territórios: Candelária, Vigário Geral, Rocinha, Alemão, Fallet-Fogueteiro, Carandiru, Ibura (no Recife), Cabula (em Salvador), Mandela de Pedra, Manguinhos, Maré, nos presídios de Pernambuco, de Manaus, de Natal, do Pará e outros. Diante dessa violência, a gente tenta lutar. Mas quando o negro chega aos espaços de decisão, na tentativa de aplacar a tirania do Estado, ele não consegue, ele é silenciado ou então abatido. Marielle!

A escrita desse trabalho se deu em tempos que ... nem sei dizer. É o tempo do inominável. Muitos acontecimentos e o processo de escrita não fica alheio a tudo isso.

Recentemente, um amigo se jogou do 18º andar do prédio onde morava. A sua decisão de tirar a própria vida, como bem disse uma amiga, foi “um tapa na cara”, ao mostrar que a vida está mais pesada, afundada em um lamaçal de barbárie. Mais um corpo negro no chão.

Quando entrei a primeira vez em um presídio foi como estagiário. Eu estava disposto a aprender, a entender o que podia a Psicologia naquele espaço. Aprendi e desaprendi muita coisa. Certos espaços tiram o nosso chão. São inenarráveis. Mas falar é preciso.

Fui surpreendido no momento das entrevistas que construíram essa dissertação. Alguns achavam que pelo fato de ter sido um trabalhador do sistema prisional de Pernambuco eu já teria respostas, ou então que os meus pressupostos eram óbvios demais. Ledo engano. É claro que uma coisa ou outra eu já tinha mínima ideia, pois eu não era um aventureiro, porém, no fundo, sabemos pouco dessa trama de poderes que existe no sistema prisional.

Nas entrevistas, eu precisei conter a emoção. Os entrevistados sempre relembavam de alguma situação e diziam: “Você lembra, Antonio, daquela vez que...?”. Acho que foi fácil explicar para os entrevistados que, naquela oportunidade, não era o Antonio que trabalhou no sistema prisional que estava ali. Era também, todavia num outro lugar. Eu abri mão do meu trabalho no sistema prisional para ingressar num curso de Mestrado. Não foi fácil, pois, mesmo com dificuldades e desgastes de qualquer atividade profissional, eu era feliz e me sentia potente naquele espaço. Mas foi preciso sair de lá para me dedicar ao curso. Diante daqueles sujeitos, eu me surpreendi. Eu vi e revivi muito da minha história.

Na etapa de transcrição das falas, de vez em quando eu parava e dava uma volta pela casa, tomava um copo d'água e voltava horas depois, pois quase sempre estava tomado pela emoção. Tornar-se humano em lugar desumano foi a frase mais significativa que ouvi nesse encontro com os sujeitos e isso não só se conectou com a minha história, mas traduziu o que observo entre os trabalhadores ou quem se relaciona com o sistema prisional. É empírico.

Na época do estágio, muito se discutia sobre os serviços substitutivos de saúde mental. Quando entrei em um manicômio judiciário, imediatamente me perguntei: “Cadê os ventos reformistas? Onde está a luta antimanicomial?”. E nos presídios “comuns”, mais violência. Enquanto se discutia, no mundo da saúde extramuros, a shantala para bebês na Atenção Básica ou sobre a prática de ações de saúde em grupo, eu via que o preso mal conseguia um curativo.

Quando entramos em um espaço tão violador em todos os aspectos, nos deparamos com aquilo que de mais rasteiro podemos nos tornar. A prisão é um lugar tão desumano que nos confronta e nos mostra o quão somos, ou que precisamos ser humanos. Resgatar a humanidade. Resgatar o humano. Reinventar, na verdade. Empatia e alteridade.

Quando eu olho para a minha história, vejo que demorei muito para me entender como um homem negro, periférico, gay, mas, mesmo assim, privilegiado. Cidadania se constrói.

Morei dois anos em um bairro no subúrbio do Recife e toda semana, pelo menos duas vezes, ia até o mercadinho do bairro e era alvo do olhar dos seguranças do estabelecimento. Uma situação corriqueira para quem é preto. Não é um problema psiquiátrico, persecutório. A quem diga que seja vitimismo, mas provavelmente quem diz isso fala de um lugar de privilégio ou por falta de conhecimento. Ou então por pura canalhice mesmo!

Tornar-se humano em um lugar desumano é afirmar e reafirmar a escolha teórica que fiz para esse trabalho. A Análise Institucional é isto: transformar para conhecer. Imerso num território, eu já o modifico e me modifico. E isso não quer dizer atingir o transcendental. Não há essência. Não há essência de humano. Nem é disso que estou falando. Falo de que a vida, apesar de todos os pesares, é tão louca, tão subversiva, que tem uma força que possibilita que nos tornemos melhores, ou mais perto da nossa humanidade: fragilidades, agruras, das glórias, dos horizontes. Lá na prisão, também existe afeto e cuidado e isso nos transforma.

Tornar-se humano em um lugar desumano é reconhecer que a prisão é tão avassaladora que nos constrange a reconhecer nossas incompletudes, incapacidades e os nossos mais horripilantes desejos. E isso é implicação. Devir constante.

2 INTRODUÇÃO

O movimento social da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi basal para o processo de redemocratização do país. Segundo Paim (2007), ele visou mudanças que ultrapassassem os limites do campo administrativo e financeiro, ampliando o debate sobre o direito à saúde. Uma das conquistas da RSB foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regido por princípios como a universalidade do acesso, a integralidade da atenção, a equidade, a hierarquização dos serviços de forma descentralizada e a participação popular, sendo um processo social ainda inacabado (MENDES, 1999).

Quase 30 anos após a promulgação das Leis Orgânicas 8.080/1990 e 8.142/1990 (BRASIL, 1990a, 1990b), os princípios do SUS ainda se deparam com um acentuado quadro de iniquidades sociais. Essa realidade das desigualdades parece caracterizar a dinâmica da frágil democracia do país.

Indubitavelmente, a concretização do SUS em um país diverso e continental exige a formulação de políticas públicas específicas. A partir disto, entende-se a necessidade de se (re)pensar o direito à saúde para homens e mulheres que, por transgredirem as leis do Estado, encontram-se custodiados nos equipamentos que compõem o sistema prisional brasileiro¹.

Frisa-se que o primeiro documento que tratou do direito à saúde da população privada de liberdade (PPL) como dever do Estado foi a Lei n.º 7.210 de 11 de julho de 1984, a vigente Lei de Execuções Penais (LEP) (BRASIL, 1984). Todavia, a LEP restringiu o direito à saúde aos atendimentos médico, farmacêutico e odontológico (LERMEN et al., 2015).

Somente treze anos após a promulgação das leis do SUS é que foi divulgada uma ação estratégica voltada para a saúde da PPL, através do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP). O plano foi um avanço, mas se mostrou incipiente para inserir seu público-alvo no SUS. Além disso, no campo da gestão, havia problemas estruturais, tais como a não clareza quanto às atribuições dos atores e quanto ao financiamento, bastante irrisório e descontextualizado. Em resumo, o PNSSP não garantiu a integralidade da atenção à saúde, pois não abarcou o itinerário carcerário, isto é, todos os equipamentos prisionais. O PNSSP focou somente nas penitenciárias e não alcançava a comunidade prisional, ou seja, a PPL e seus familiares, tampouco os trabalhadores desse sistema (SILVA, 2015).

¹ De acordo com a Lei de Execuções Penais (LEP), o Sistema Prisional brasileiro engloba os seguintes equipamentos: Penitenciárias; Colônias Agrícolas, Industriais ou Similares; Casas de Albergados; Centros de Observação; Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico; e Cadeias Públicas (BRASIL 1984).

Finalmente, no ano de 2014, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), através da Portaria Interministerial n.º 01, de 02 de janeiro de 2014, tendo como signatários os Ministérios da Saúde e da Justiça. Diferente de um mero plano, a PNAISP trouxe como objetivo geral “garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS” (BRASIL, 2014). De acordo com o Art. 2º da PNAISP:

Entende-se por pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança, conforme previsto no Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código Penal) e na Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal) (BRASIL, 2014).

O arcabouço legal da PNAISP redefiniu o modelo de atenção para todo o itinerário carcerário, exigindo a criação de estratégias para sua implementação, o que incluiu uma nova forma de financiamento, a inserção das unidades de saúde prisionais na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e o cuidado com os familiares da PPL e com os trabalhadores do sistema prisional, uma iniciativa radical se comparada aos preceitos do PNSSP.

Sobre a gestão da política, compete às secretarias de saúde a sua coordenação. Na esfera federal, até 2015, a saúde prisional estava vinculada ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES) e depois passou a ser capitaneada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), ambos do Ministério da Saúde. A mudança reforçou a lógica da Atenção Primária à Saúde (APS) para o contexto prisional, pois as ações eram, em sua maioria, curativas, não enfatizando a prevenção e promoção à saúde (SILVA, 2016).

A lógica da APS é motriz para a organização do SUS e possuidora de atributos essenciais e derivados que, de acordo com Starfield (2002), seriam: atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, integralidade e coordenação, além da orientação familiar e comunitária e competência cultural. Os princípios e as diretrizes da APS estão descritos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que regulamenta as Equipes de Atenção Básica prisional (EABp). (BRASIL, 2017a).

Sabe-se que os equipamentos prisionais no Brasil, em sua maioria, ainda se caracterizam como espaços que apresentam insalubridade e superlotação, incidindo no processo saúde-doença da PPL. Isso interfere significativamente na proposta da APS para o cuidado desse público, onde “a grande maioria das recomendações clássicas propostas pelos *guidelines* e ‘mapas’, elaborados para a população em geral, podem ter aplicabilidade parcial ou nenhuma no território dos estabelecimentos penais” (PIRES et al., 2014, p. 30).

A materialização do objetivo da PNAISP também tem como influência fatores culturais, especificamente a lógica punitiva que permeia as sociabilidades. Isso se deve pelo olhar dirigido ao público-alvo da política: sujeitos estigmatizados, vistos como não detentores de direitos, apesar das leis cercearem somente o direito de ir e vir, ou seja, suas liberdades.

Sendo assim, como pensar o direito à saúde, um direito humano, nos equipamentos prisionais? Pode uma política pública de saúde transpor a realidade desses equipamentos? Essas não foram as perguntas que conduziram esta pesquisa, mas são indagações transversais circulantes nas reflexões e na escrita deste trabalho, ainda que não se tenha respostas objetivas para elas.

Analisar a trama complexa que envolve a saúde prisional e seu modo de operação no estado de Pernambuco demandou o estudo sobre o desenvolvimento da PNAISP, a partir da narrativa de diferentes gestores que compõem o Grupo Condutor da política em âmbito local, que é o responsável por seu planejamento, execução, monitoramento e avaliação.

Diante do exposto, objetivou-se responder a seguinte pergunta: Como tem se desenvolvido a PNAISP no estado de Pernambuco na perspectiva dos membros do seu Grupo Condutor?

E com isso, o trabalho foi estruturado da seguinte forma: o referencial teórico traz aspectos conceituais, principalmente o artefato da Análise Institucional (A.I.) e sua compreensão sobre o conceito de instituição enquanto formas sociais, lógicas que forjam maneiras de ver, pensar, sentir e agir no mundo. Ademais, coube conceituar aspectos relacionados ao campo dos Direitos Humanos, uma vez que há muitas violações que vilipendiam a população privada de liberdade. Nessa parte conceitual, discorreu-se sobre o sistema prisional enquanto um dispositivo utilizado pelo Estado para obedecer aos ditames do capitalismo – um sistema que exclui aqueles que não lhe atende – assim como os ditames da sociedade, que busca e aplaude a lógica punitiva. Esse grande sistema de moer gente foca em corpos específicos, sobretudo o da população negra, alvo de um processo genocida que não só lhe subtrai a vida, mas a coloca no lugar de vulnerabilidade e invisibilidade que é e resulta no encarceramento em massa, processos nomeados neste trabalho como *morte-fim* e *morte-meio*. Tomou-se como referencial outros pilares, tais como a discussão sobre produção de subjetividades, mídia e guerra às drogas, uma vez que, segundo o aporte teórico adotado neste estudo, a prisão produz subjetividades e, para tanto, necessita do aparato midiático e da chamada guerra às drogas para alcançar os seus objetivos.

Em seguida, são apresentadas informações visando contextualizar o sistema prisional brasileiro e pernambucano. São dados gerais e epidemiológicos, já que o capítulo também versa

sobre as políticas de saúde forjadas para o contexto prisional, um espaço insalubre e que se caracteriza por sua superlotação. Coube trazer brevemente a história da saúde prisional, das iniciativas como a LEP, o PNSSP e a PNAISP. Todas essas iniciativas, com exceção da LEP, tinham como mote a integralidade em saúde, conceito polifônico, com dificuldades para se materializar. Além disso, diante do crescente fenômeno do encarceramento em massa e seu impacto nas condições de vida e saúde da PPL, evidencia-se muitos desafios para a garantia da saúde da população privada de liberdade devido os atravessamentos do sistema prisional como um todo, incluindo aspectos singulares, como, por exemplo, a mudança na lógica do programa Pacto pela Vida e das audiências de custódia, tornando essas duas iniciativas instrumentos que, possivelmente, fortalecem o aparato policial-punitivo-jurídico em Pernambuco.

Após a apresentação do percurso metodológico e dos aspectos éticos do estudo, são apresentados os resultados da pesquisa, trazendo a discussão necessária para compreensão da política de saúde aqui elencada. Areladas às categorias de análise elaboradas, os resultados versam sobre dados característicos e mais operacionais da PNAISP no estado de Pernambuco e, sobretudo, a ótica dos membros do Grupo Condutor com relação ao curso da política e seus atravessamentos diante de inúmeras formas sociais. Nessa etapa, buscou-se responder algumas indagações, tais como: quais são os principais sujeitos dessa política específica em Pernambuco? Como se dá a relação entre esses sujeitos para alcançar o objetivo da política, o que inclui abarcar o itinerário carcerário e a comunidade prisional? Essencialmente, essas duas questões permeiam os resultados deste estudo, trazendo debates sobre as dificuldades, os avanços, as expectativas dos entrevistados e outras singularidades da política no estado.

Nas considerações finais, buscou-se fazer um apanhado do percurso deste trabalho, das discussões levantadas nesta pesquisa, trazendo tantas outras questões que certamente merecem novos trabalhos acadêmico-científicos.

3 OBJETIVOS

Os objetivos que nortearam este estudo estão divididos em objetivo geral e específicos.

3.1 GERAL

Analisar a PNAISP no estado de Pernambuco, na perspectiva dos membros do seu Grupo Condutor.

3.2 ESPECÍFICOS

- a) Discutir os aspectos sociais e histórico-contextuais influenciadores da PNAISP no estado de Pernambuco;
- b) Caracterizar os principais atores da PNAISP, na perspectiva dos membros do Grupo Condutor;
- c) Analisar o processo da PNAISP no estado de Pernambuco.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

De antemão, convém salientar que o referencial teórico adotado nesta pesquisa é, por si só, polifônico e composto por inúmeros diagramas de pensamento, ou seja, é um marco teórico que está ancorado em diferentes áreas de saber. Ao falarmos sobre análise de políticas públicas, somos, quase que imediatamente, remetidos aos estudos clássicos que discutem o campo da gestão, trazendo historicidade da política e seus atravessamentos, suas formas de operacionalização, as relações de poder e outros aspectos a partir de modelos específicos, muitos meramente descritivos e pouco analíticos. Evidentemente, os elementos citados devem ser valorizados, contudo, torna-se necessário considerar as questões singulares e enraizadas no tecido social, principalmente a implicação dos sujeitos com determinada política, inclusive daqueles que se propõem analisá-la e o seu papel em fomentar a discussão e a análise coletiva, visando produzir rupturas, trazer novas perspectivas para o campo a ser investigado e para si mesmo, sendo esse o cerne da Análise Institucional (L'ABBATE, 2013).

Do mesmo modo, a temática dos Direitos Humanos (DH)² é imprescindível para a discussão do sistema prisional, haja vista que o referido sistema representa um espaço, sobretudo no contexto brasileiro, de violação de direitos, da chamada dignidade humana. Ademais, o entendimento costumeiro, presente no imaginário social a respeito dos direitos humanos, como se fossem uma benesse para os ditos criminosos, reforça a sua relevância como parte do referencial teórico desta pesquisa. Trata-se de um campo também polifônico, possuidor de muitas definições, compreensões e até mesmo utilizações, inclusive contraditórias. Por esse motivo, parece não ser indicado determinar um conceito geral e engessado que abranja toda essa complexidade, pois os DH se relacionam com aspectos históricos, culturais e socioeconômicos. Ainda assim, uma afirmativa coaduna os vários sentidos deste universo polifônico: os DH são direitos inerentes à vida (DORNELLES, 1993).

Além disso, é preciso considerar a concepção de muitas terminologias circulantes no campo da saúde prisional, e se conectam não só à A.I., quanto às discussões dos DH. Quando falamos o termo prisão, por exemplo, devemos considerar sua historicidade e os muitos outros sentidos que o consubstanciam, sobretudo a noção de ressocialização e quais os pilares que sustentam a prisão enquanto instituição que forja e é forjada, a partir de uma produção de subjetividades. O dispositivo prisão é uma estratégia e pode ser compreendido como um

² É comum encontrarmos na literatura sobre os Direitos Humanos tanto a sigla DH como a sigla DDHH, que se refere ao plural em espanhol e por isso aparece em algumas produções latino-americanas.

emaranhado composto por várias linhas. É nas tramas do poder que ele depende de subestratégias para sua materialização, sustentação e manutenção.

A instituição prisão, contrariando os preceitos dos DH, acentua as desigualdades e instaura uma guerra quase que ininterrupta às populações historicamente em situação de vulnerabilidade e risco, tendo como pretexto o falacioso discurso de combate, de guerra às drogas. Portanto, é preciso considerar a tríade drogas-crime organizado-sistema penitenciário, que inviabiliza a prevenção dos agravos relacionados ao uso exacerbado de substâncias psicoativas. Essa tríade atinge não só a PPL, mas também seus familiares que passarão a responder pelas dívidas adquiridas pela pessoa privada de liberdade com pagamentos humilhantes, degradantes, inclusive com favores sexuais (VALOIS, 2003). Nota-se que a questão das drogas diz respeito a um contexto amplo e que não pode ser circunscrito, apenas, ao setor saúde, pois "a prisão tem sido a droga que mais mata, a que mais produz violência e a que mais causa insanidade para aqueles com ela relacionados" (VALOIS, 2016, p. 17-18).

E, por fim, afinal de contas, o que consideramos política e o que consideramos saúde? Apresentaremos esses e outros temas do referencial teórico deste estudo e os seus entrelaces, além da exposição de uma breve consideração acerca de palavras comuns quando o objetivo é analisar uma política de saúde.

4.1 A ANÁLISE INSTITUCIONAL COMO FERRAMENTA PARA A ANÁLISE DE POLÍTICAS DE SAÚDE

Ao se propor uma análise de política pautada nos preceitos da Análise Institucional (A.I.), entende-se que tal feito só é possível quando se adota uma caixa de ferramentas ampla, forjada a partir das mais variadas áreas de conhecimento, pois a teoria (e/ou o conjunto delas) é como uma caixa de ferramentas que precisa funcionar (FOUCAULT, 2000).

Assim, busca-se trabalhar com a ideia da multirreferencialidade, entendendo que não há um modelo certo, uma maneira específica de analisar as práticas, mas sim, visões multifacetadas que podem fazer parte de um novo campo de coerência (LOURAU, 1993).

A A.I. surge na década de 50, ganhando força na década seguinte, influenciada pela Psicoterapia Institucional, a Pedagogia Institucional e a Psicossociologia lewniana. Essas influências definiram as primeiras áreas de intervenção dessa perspectiva teórica, a saber, a saúde e a educação. A A.I. tem como precursores os sociólogos franceses René Lourau e George Lapassade, ambos influenciados pela dialética hegeliana e pelo pensamento de Cornelius Castoriadis (ROSSI; PASSOS, 2014).

Foi no Movimento de Maio de 68 – uma onda de protestos ocorridos na França, que questionaram inúmeros valores, trazendo a “voz das minorias”, direitos outros e das subjetividades – que a A.I. ganhou força, ampliando suas experimentações e o seu escopo conceitual (THIOLLENT, 1998).

A empreitada de Lourau e Lapassade encontraria reverberação em outras formas de pensamento pulsantes à época, como, por exemplo, a Esquizoanálise proposta pelo filósofo Gilles Deleuze e pelo psicanalista Félix Guattari (DELEUZE; GUATTARI, 1997). Grosso modo, o que aproximou este quarteto foram as críticas direcionadas tanto à Psicanálise quanto ao Marxismo, que se mostravam, mesmo com legados incontestáveis, como saberes hegemônicos que, com seu estruturalismo, “respondiam” a tudo e a todos. Há, portanto, uma correlação entre os estudos pautados na A.I. e a Esquizoanálise. Esses dois movimentos configuram o movimento institucionalista francês (BAREMBLITT, 2012 apud L’ABBATE, 2013; RODRIGUES, 1994).

O movimento institucionalista questiona o saber científico hegemônico, trazendo duras críticas à neutralidade axiológica e objetividade científica – os já conhecidos preceitos positivistas – entendendo-os como falaciosos. Apesar de constantemente debatidos, tais preceitos ainda pairam sobre todos nós, ditando o saber-fazer científico. É o próprio Lourau (2004, p. 66) que utiliza as palavras de Guattari para exemplificar o intento da A.I. frente ao modo de produção do conhecimento. Diz o institucionalista francês:

A análise institucional implica um descentramento radical da enunciação científica. Mas, para consegui-lo, não basta dar a palavra aos sujeitos envolvidos às vezes uma questão formal, inclusive jesuítica. Além disso, é necessário criar as condições de um exercício total, paroxístico mesmo, desta enunciação. A ciência nada tem a ver com medidas justas e compromissos de bom-tom. Romper, de fato, as barreiras do saber vigente, do poder dominante, não é fácil [...] É todo “um novo espírito científico” que precisa ser feito (LOIRAU, 2004, p. 66).

A postura crítica da A.I. também se associa às palavras de Foucault (2005) quando ele fala sobre as reviravoltas do saber, que ocorreram pouco menos de duas décadas antes do conjunto de aulas dadas por ele no *Collège de France*, entre 1975 e 1976. Tratava-se de expor alguns saberes localizados, que criticavam questões específicas e vistas como hegemônicas à época. Considerando a temporalidade da escrita-aula de Foucault, poder-se-ia situar o movimento institucionalista como um dos saberes críticos daquela época e, nesse sentido, dizia o pensador francês que “esse caráter local da crítica indica, de fato, algo que seria uma espécie de produção teórica autônoma, não centralizada, ou seja, que, para estabelecer sua validade, não necessita da chancela de um regime comum” (FOUCAULT, 2005, p. 11).

Quanto ao rompimento de descentramento radical da enunciação científica, tal como apresentada por Guattari, o socioanalista francês René Lourau (1993) chamará de novo campo de coerência. Na verdade, Lourau propõe a construção dessa “novidade” através do que denominou de multirreferencialidade:

Propomos, ao contrário da ideia de ‘originalidade das ideias’, a multi-referencialidade. Esta não é sinônimo de pluridisciplinaridade; não é uma mera coleção de disciplinas justapostas. Refere-se ao apelo a diferentes métodos e ao uso de certos conceitos já existentes, a fim de construir um novo campo de coerência (LOURAU, 1993, p. 10).

Assim, a posição da A.I., ao trazer a multirreferencialidade, combate a concepção errônea de que esse determinado campo de coerência cairia num mero ecletismo. Pode-se conjecturar que a sua busca por compreender o processo de institucionalização e as forças instituídas e instituintes mostram que é preciso, inclusive, questionar o que se coloca, o que é chamado e considerado como ecletismo na Ciência. Sob o prisma da multirreferencialidade, a A.I. realiza empréstimos de conceitos de áreas de conhecimento distintas, dando-lhes novos sentidos e analisando suas similaridades.

Essa “tática não autorizada” dos empréstimos e ressignificações conceituais fornece um olhar mais ampliado da própria análise a ser realizada. Ao contrário de se engessar numa racionalidade científica já bastante criticada, “preocupa-nos não o estabelecimento de um método ou o grau de coerência interna do discurso, mas os efeitos que estes produzirão no campo das práticas” (RAUTER, 1998, p. 4).

Em outros termos, a proposta da multirreferencialidade da A.I., como estratégia para possibilitar um novo campo de coerência e o descentramento radical da enunciação científica, não pode ser vista como ecletismo, uma vez que tem como inspiração a filosofia esquizoanalítica e sua concepção de bricolagem que, segundo Loddi (2010), autoriza a feitura de empréstimos, costurando e desenhando novas roupagens para o conhecimento. A bricolagem opera no campo do improvisado, com apelo à reinvenção, de questionamento e até mesmo ao rompimento com fronteiras do conhecimento, onde nunca se utiliza um único olhar, um único método ou técnica (MARASCHIN; RANIERE, 2012).

Além do que fora exposto até o momento, sinalizando a A.I. e sua radicalidade quanto aos saberes vigentes, quais seriam os conceitos e o arsenal operativo da A.I.? Primeiramente, por ter como marca a filosofia dialética, a A.I. se apoia na categoria da contradição, sobretudo no seu conceito-chave, o de instituição. Com base em Lourau (1993, 2004), para a A.I., a instituição não é sinônimo de edificação, espaço físico, ou até mesmo de organogramas e fluxogramas. As instituições são formas sociais que se institucionalizam no tempo, na história, que nos atravessa como, por exemplo, a instituição família, a instituição saúde, a instituição

doença mental, a instituição justiça. Ela se corporifica nas relações, porém não podem ser resumidas aos equipamentos físicos (escola, igreja, manicômio, hospitais, unidades de saúde etc.). Em outras palavras, as instituições:

São árvores de decisões lógicas que regulam as atividades humanas, indicando o que é proibido, o que é permitido e o que é indiferente [...] podem estar expressas em leis (princípios-fundamentos), normas ou hábitos [...] Exemplos de instituições são: a linguagem, as relações de parentesco, a divisão social do trabalho, a religião, a justiça, o dinheiro, as forças armadas etc. Um conglomerado importante de instituições é, por exemplo, o Estado [...] as instituições materializam-se em organizações e estabelecimentos. (BAREMBLITT, 2002, p. 156).

As instituições, as formas sociais que são o produto e que chancelam as práticas, a relação dos homens com o mundo, possuem o *germe* da autodissolução, uma vez que existe a dialética entre forças díspares: o instituído e o instituinte. O instituído representa um conjunto de forças que visa preservar um determinado *status quo*. Já o instituinte é a força contrária, que implica na mudança, que contesta e promove abalos no instituído. O produto dessas forças, antagônicas de certo modo, dialéticas, chama-se institucionalização³. Conhecer o instituído é necessário para encontrar as formas possíveis de subverter às ordens, de forjar escapes. “É isso que visa toda Análise Institucional, toda Socioanálise: conhecer melhor o instituído e os diversos níveis contraditórios na instituição” (LOURAU, 1993, p. 12).

Na busca por estabelecer o diálogo entre a A.I. e a Saúde Coletiva, identifica-se nas palavras de Campos (2013, p. 14):

A Análise Institucional recuperou a dialética: os seres humanos são quem constroem as instituições, que, por sua vez, os aprisionam, os enredam, porém, também, de alguma forma, conseguem libertar-se delas quando opressoras. Há o instituído, mas há a possibilidade de movimentos instituintes para construção de novas sociabilidades.

Os estudos com base na A.I. podem ser úteis para compreensão de diferentes contextos, das relações interpessoais e dos conflitos e interesses daí decorrentes. Deste modo, a busca pela compreensão da tríade instituído-instituinte-institucionalização possibilitaria a transformação das práticas, das instituições (L’ABBATE, 2003). Essa mudança das práticas só é possível através de uma regra fundamental para a A.I.: “maximizar a análise coletiva” (LOURAU, 1993, p. 35).

Logo, a A.I. é uma modalidade de intervenção e, por isso, possibilita entender os desafios e avanços do SUS, as relações de poder e os escapes possíveis, tendo como objetivo “impulsionar a transformação social”, visando “propiciar e apoiar processos de autoanálise e

³ Remi Hess relembra a lógica hegeliana que fundamenta a tríade instituído-instituinte-institucionalização. O primeiro elemento da tríade estaria ligado ao universal, seguido do particular e, por último, o singular, representando a institucionalização (ALTOÉ, 2004).

de autogestão em coletivo variados, favorecendo experiências de rupturas com as relações estabelecidas." (GUIZARDI; LOPES; CUNHA, 2015, p. 321).

Um ponto possível de conexão entre a A.I. e a Saúde Coletiva é traçada por L'ABBATE (2013), haja vista que a autora as considera como instituições, pois ambas se constituíram e se constituem na tríade já mencionada. A A.I. teve o seu momento instituinte ao propor uma radicalização com o modelo científico então vigente. Sua institucionalização – considerada pela autora ainda um processo – é um desafio e sofre ataques dentro do próprio campo científico, justamente devido a multirreferencialidade, conforme já explicitado, bem como o conceito de implicação, considerado “o escândalo da Análise Institucional” (LOURAU, 1993, p. 7), e que será discutido mais adiante.

Da mesma forma, a Saúde Coletiva foi uma quebra de paradigma perante o modelo então vigente, onde as práticas de saúde eram de caráter biologicista, individualista, reducionista e asséptico, além de privilegiar o saber médico e desconsiderar tantos outros. Evidentemente, por se tratar de instituições, ainda que consideradas contra-hegemônicas, tanto a A.I. quanto a Saúde Coletiva são realidades marcadas pela contradição, onde coexistem a força de manutenção e a força de ruptura – o instituído e o instituinte – presentes em sua institucionalização.

Ao descrever os conceitos-chave da A.I., Lourau (1993) traz também o conceito de analisador. O analisador é o que denuncia ou que possibilita uma mudança institucional, é o que faz saltar aos olhos a contradição da(na) instituição. Pode ser espontâneo, denunciando as ações da tríade instituído-instituinte-institucionalização, como também pode ser artificial, forjado e utilizado para provocar mudanças. A função de um analisador, sobretudo o artificial, é colocar para rodar uma engrenagem. A esse tipo de operação o analisador está associado a um dispositivo, um operador de intervenção. "Não é certo que todo dispositivo seja um analisador, mas todo analisador é um dispositivo" (ROSSI; PASSOS, 2014, p. 174).

O conceito de dispositivo presente na A.I. teve sua inspiração na filosofia, especialmente na filosofia foucaultiana. Ele significa uma rede multidimensional, uma arma heterogênea que liga aspectos linguísticos e não linguísticos. O dispositivo nunca é natural, mas sempre criado para um determinado fim. Todo dispositivo é um mecanismo de poder, uma máquina de fazer ver e de fazer falar (O ABECEDÁRIO, 1996).

Entendido enquanto dispositivo, o analisador nada mais é do que aquilo que provoca a análise dos elementos de uma dada realidade institucional. Os analisadores constituem e precedem o analista (LOURAU, 2004).

Diante disso, é possível utilizar a A.I. como perspectiva teórica para a análise de políticas, pois sua preocupação não está em responder um SIM ou um NÃO. A preocupação está no processo, no COMO, em algo que não cessa e que continua em curso. Mas, e o tal “escândalo” da A.I.? Do que se trata? O que a A.I. chama de implicação?

Temos o conceito de implicação que pode se relacionar à contradição da implicação no âmbito da pesquisa, mostrando que a neutralidade axiológica e a decantada objetividade não existem. Mas a ciência necessita que ela “exista” e os cientistas, por vezes, nos fazem crer nessa “existência”. A implicação do pesquisador é vital para a pesquisa, por representar o seu posicionamento na construção de si e do próprio campo de conhecimento. Não há mais a neutralidade científica, aliás, ela não existe. O sujeito implicado é aquele que, na pesquisa, não tem vergonha de “sujar as mãos na cozinha da empiria”, como afirmara Pierre Bourdieu. E para Lourau (1993 p. 19), “a Análise Institucional [...] considera muito importante, para a construção de um novo campo de coerência, uma relação efetiva, e nítida, com a libido e com os sentimentos em geral [...] A teoria da implicação [...] tem qualquer coisa que flerta com a loucura”.

Para exemplificação do que seria a chamada implicação, é possível recorrer ao que disse Remi Hess (ALTOÉ, 2004, p. 18) que, em sua leitura sobre a obra de René Lourau, traz um pouco da história pessoal do percussor da A.I., utilizando as palavras do antropólogo Gérard Althabe, amigo de Lourau: “Nas aldeias africanas, quantas vezes encontrei o olhar de minha mãe no olhar das mulheres com quem cruzava? É isto, a implicação!”. E prossegue ao conceituar implicação como:

Relação que o pesquisador mantém com seu objeto, o prático com seu campo, o homem com sua vida. A análise de tal relação encontra obstáculos e impossibilidades ao se apoiar na lógica instituída [...] feita justamente para manter à distância o mundo em que estamos implicados (ALTOÉ, 2004, p. 26).

Com isso, entra em cena outra categoria deixada de lado pelo viés positivista: a subjetividade, a visão de mundo do pesquisador, daquele que faz pesquisa. Sabemos que, graças aos estudos antropológicos, como a etnografia, temos uma ruptura crucial com o fazer ciência, antes compreendida como as práticas circunscritas somente nos laboratórios e escritórios. O sujeito-pesquisador implicado tem no campo, no contato e proximidade com a dinâmica das relações, o seu *locus* de constituição de si mesmo e do que busca investigar.

Diante do conceito de implicação proposto pela A.I., é importante enfatizar que o objetivo desta pesquisa, em analisar a PNAISP no estado de Pernambuco, dialoga com este conceito – o de implicação – uma vez que analisar o percurso de uma política também exige entender não só a história do “objeto” a ser investigado, mas também dos sujeitos, dos

atravessamentos sociais, isto é, as formas sociais, as instituições, e o modo como cada um lida com determinado cenário, permitindo (ou não) construir e se constituir enquanto sujeitos implicados nesse processo, tendo como horizonte mudar o mundo, mas também a si mesmos.

No tocante ao campo da pesquisa, a implicação tem esta premissa: o desejo de que haja a transformação dos sujeitos envolvidos com a arte de pesquisar, os ditos sujeitos-pesquisadores e os ditos sujeitos-pesquisados. Não há mais separação entre teoria e prática e nem do sujeito do conhecimento e do seu “objeto” de conhecimento (ROMAGNOLI, 2014). É preciso que leve em conta o pesquisador e a sua implicação, ou seja, a força libidinal que o prendeu ao tema, pois até mesmo a escolha de um tema, de uma pesquisa fala de nós mesmos.

Desse modo, uma pesquisa pautada na A.I. está preocupada com os efeitos da própria análise de política, cabendo ao pesquisador implicado ter como horizonte a ampliação da capacidade de análise coletiva de todos os sujeitos envolvidos, incluindo-se nesse campo, indagando a produção dos encontros. Os autores advertem que:

Os intelectuais, os analistas institucionais e todos aqueles que são chamados a dizer algo sobre a realidade ou a intervir sobre ela com estatuto de reveladores de verdades devem manter permanentemente em análise a encomenda de intervenção e as ofertas por eles feitas (ROSSI; PASSOS, 2014, p. 163).

É necessário pensar que a análise de política que toma como referencial teórico a A.I. não visa revelar o oculto, como se existisse uma verdade, de uma natureza dos processos. Ora, a própria política é uma intervenção utilizada enquanto estratégia para lidar com uma situação-problema. Dito de outro modo, revelar o oculto não é simplesmente dizer o que ocorre no cotidiano das unidades prisionais, confrontando-o com o prescrito da política. A própria política deve ser questionada, concebida como estratégia forjada e marcada por vários interesses e jogos de poder e verdade.

Assim, ao não nos propormos em revelar o oculto e o que é verdadeiro, transitamos por um plano de imanência, onde “não se trata das palavras e das coisas. É preciso pegar as coisas para extrair delas as visibilidades”. Do mesmo modo, “é preciso rachar as palavras ou as frases para delas extrair os enunciados” (DELEUZE, 1992, p. 120).

A produção não deve privilegiar somente o pesquisador, como se fosse fruto desse único ator. Daí a restituição dos “achados” da pesquisa ter um papel tão crucial e ético na A.I. A crítica da A.I. seria esta: na produção hegemônica do conhecimento, o que temos e corroboramos é com uma perspectiva de ciência de objetificação e redução dos sujeitos envolvidos no campo, na arte do pesquisar, por mais que os “achados” e escritos científicos tentem engrandecer os sujeitos, ou até mesmo (numa alusão à Saúde Coletiva) melhorar suas condições de vida e saúde, suas possibilidades no mundo. A arte de pesquisar, a de produção

de ciência, não deveria ser uma atitude caritativa como costumeiramente pode ser entendida e vista. É preciso restituir, de maneira concreta, tal como a vida é.

Concreto não significa apenas enviar, uma no mais tarde, um artigo, um livro publicado pelo sociólogo à população participante da pesquisa; concreto compreende uma restituição pessoal, implicada e posta, dentro da pesquisa, como um procedimento real e necessário do ato de pesquisar (intervir). Enviar o artigo apenas, é muito fácil. Ainda mais, quando muitas dessas populações pesquisadas são analfabetas" (LOURAU, 1993, p. 55-56).

Na etapa de restituição, cabe uma análise das implicações, uma "análise dos lugares que ocupamos, ativamente, neste mundo" (LOURAU, 1993, p. 14).

No campo da produção do conhecimento, o pesquisador também está implicado. Torna-se vital para uma perspectiva pautada na A.I. o constante movimento da análise das implicações com a pesquisa, pois o desafio maior é não emperrar o processo da pesquisa, de uma análise institucional. Pensar a análise de uma política pautada na A.I. onde:

Intervir não é observar de fora um objeto dado, mas construí-lo de dentro, ao mesmo tempo construindo a si mesmo no momento da intervenção. Nessa atitude de tornar-se parte, os analistas não se furtam em analisar aquilo que é de sua parte. Assim, entendem que a elucidação das contratransferências institucionais passa pelo esclarecimento de um sistema de respostas: a resposta que o analista dá aos clientes em relação a várias realidades como idade, sexo, raça; a resposta que dá à organização-cliente enquanto instituição e na medida em que se inclui como instituição de análise; resposta que dá às respostas (transferências) de sua própria organização analítica" (LOURAU, 1975 apud ROSSI; PASSOS, 2014, p. 168-169).

Os conceitos operativos da A.I., principalmente o de implicação, ganham robustez na medida em que fazem empréstimos de conceitos outros, advindos de campos distintos. A tática dos empréstimos é a expressão da aposta na multirreferencialidade e na bricolagem. A A.I., enquanto saber teórico crítico, ganhou ao longo do seu desenvolvimento, no seu processo de institucionalização, a colaboração do pensamento de autores como Michel Foucault, Gilles Deleuze e Félix Guattari.

A contribuição da obra de Foucault para a A.I. se deve aos estudos desse filósofo acerca das relações de poder. A já apresentada tríade instituído-instituente-institucionalização emerge e é marcada por jogos de forças entre sujeitos que ocupam lugares variados e que, por isso, apresentam interesses, conflitos e modos de colaboração e relacionamento distintos. Logo, é possível estabelecer as conexões da filosofia foucaultiana e sua conceituação das relações de poder com a A.I. O fenômeno do poder, ou melhor, das relações de poder, pode ser entendido como uma linha transversal, sem uma localização pré-definida, mas como algo circulante que corta e que atravessa, de todos os lados, o desenrolar de uma política pública. É nesse desenrolar, nos caminhos da análise de uma política pública, que encontramos o material necessário para compreensão das relações de poder, dos seus rastros, de sua genealogia.

Analisar a PNAISP no estado de Pernambuco, à luz do arcabouço teórico da A.I., exige a compreensão de que as relações de poder são transversais, ainda que elas não sejam explicitadas, mencionadas e enquadradas em um dos objetivos específicos da pesquisa.

O pensamento de Foucault é marcado por três momentos de métodos distintos, a saber: a arqueologia, a genealogia e a analítica⁴. (ALVARENGA FILHO, 2010).

A arqueologia, descrita na obra foucaultiana “História da Loucura” (Foucault, 2010), com seu foco no discurso psiquiátrico e na legitimação da loucura enquanto doença, visa entender como determinados discursos emergiram ou foram silenciados ao longo da história. Há uma preocupação com a episteme, com os enunciados e com a constituição de verdades. O uso da pesquisa documental, por exemplo, é uma marca da perspectiva arqueológica.

A postulação de Foucault sobre a genealogia foi inspirada na filosofia de Friedrich Nietzsche. O filósofo francês não estava interessado (e tampouco acreditava ou defendia) em uma suposta essência, no que seria uma natureza, mas sim nas relações, no como determinadas formas de sentir, ver e pensar o mundo acontecem. Não havendo essência, ignora-se também o metafísico, espectro que perpassa a busca por verdades fixas, absolutas, leis rígidas, sendo tais características algo que marca a ciência com o seu método científico tradicional, calcadas na transcendência (DREYFUS; RABINOW, 1995).

É na obra *Vigiar e Punir* (FOUCAULT, 1977a) onde encontramos um estudo sistemático sobre o nascimento das prisões e aparece pela primeira vez a genealogia enquanto um conceito que dará suporte para as análises do autor. A preocupação de Foucault era explicitar não somente os discursos, mas, sobretudo, as relações de poder. “A genealogia é um diagnóstico que se concentra nas relações de poder, saber e corpo na sociedade moderna” (DREYFUS RABINOW, 1995, p. 117). A genealogia busca compreender os rastros do poder e como esse se constitui nas relações sociais, isto é, como ele (o poder) se manifesta na história e como constitui sujeitos (FOUCAULT, 1977a).

Na escrita de Lobo (2012) e Mattos (2015), encontram-se pistas que também auxiliam no entendimento da genealogia foucaultiana. Para eles, a genealogia, por mais que se detenha na história, preocupa-se com o presente e com as diferenças aí apresentadas, com as práticas não-discursivas. Por não considerar uma natureza ou essência dos objetos, entende a história como descontínua, se interessa pelo menor, por traços e fragmentos, pelo micropolítico, por

⁴ O método da analítica foucaultiana tratará das relações de poder, porém mais dos seus fenômenos, ou seja, em sua materialidade, em termos práticos, considerando não somente seus rastros, mas, sobretudo, um adentrar, um detalhamento quanto aos rastros e sua influência local, num dado contexto. É, portanto, uma investigação da prática em si, do cuidado de si e de subjetivação. Cabe pontuar que Michel Foucault faleceu no período de sua pesquisa e produção a respeito do tema.

aquilo que varia, e não por totalidades ou mecanismos de totalização. A genealogia é uma atitude investigativa, porém não procura causas ou verdades-fim, mas sim as verdades-meio, as singularidades e os diagramas de forças presentes, no presente.

Como na arte da caça, um caçador que espreita sua caça rastreia suas pegadas, estuda seu comportamento, suas rotinas, todos os seus sinais só então prepara a armadilha e se coloca no melhor lugar para surpreendê-la, ou [...] quem sabe, ser surpreendido por ela e obrigar-se, então, a remontar suas estratégias; assim também, como na arte da caça, nenhuma teleologia com suas verdades-fim orienta a pesquisa genealógica. Apenas uma prática teórica, enquanto produção de verdades-meio, instrumenta certas manipulações conforme o alvo a atingir [...] no lugar da demonstração a experiência (LOBO, 2012, p. 14-15).

A genealogia se preocupa com os saberes sujeitados, desqualificados pela erudição científica. É na investigação dos rastros do poder que encontramos saberes que, mesmo que rejeitados, expressam “um saber histórico das lutas”, possível de ser compreendido e acolhido, na medida em que fossem criticadas as teorias totalitárias. (FOUCAULT, 2005, p. 13).

A genealogia é entendida como uma "anticiência" (FOUCAULT, 2005), uma forma de luta em prol da insurreição dos saberes. Tal afirmativa não invalida o saber científico, apenas tem como objetivo criticá-lo, principalmente no que tange aos efeitos do poder, próprios do discurso científico que, hegemônico como é, pretende ser neutro, totalizante e verdadeiro, anulando outros saberes. A genealogia é uma metodologia para se pensar a insurreição dos saberes, os diagramas das relações de poder e como esses se constituem na história, que é sempre presente e descontínua (PRADO FILHO, 2017).

Se há um interesse nos rastros, nas relações de poder, o que seria então o poder para Foucault? Importa inicialmente dizer aquilo que ele não é. O poder não é visto como algo etéreo, que paira no ar. Ele não é uma estrutura, um estabelecimento físico. O poder não é um contrato, tampouco um direito.

O poder possui materialidade, ele é uma estratégia complexa. O poder é algo manifesto nas relações, “o poder não se dá, nem se troca, nem se retorna, mas [...] ele se exerce e só existe em ato [...] uma relação de força” (FOUCAULT, 2005, p. 21). Nessa perspectiva, o interesse em investigar os rastros do poder é, antes de tudo, uma forma de afirmar a capilaridade do poder, sua microfísica.

Portanto, o olhar da genealogia do poder é este: a observância da dinâmica das relações de poder, que forja senhores e escravizados, desmanchando lugares, colocando os indivíduos num diagrama de intensa transição, numa engrenagem transversal, onde um suposto domínio sobre o outro pode ser, também, sujeição a esse outro, embaralhando o modo cartesiano e empobrecido de se pensar as sociabilidades, as nossas conexões com o mundo.

Em seus estudos sobre as relações de poder, Foucault (2003) analisa duas sociedades: a sociedade de soberania e a sociedade disciplinar. Para ele, na sociedade de soberania o exercício do poder tinha como personagem central o rei. As relações de força se davam entre soberanos e seus súditos. A espada e o suplício eram os instrumentos símbolos desse exercício de poder, através do espetáculo da tortura em praça pública, quase sempre com a mutilação dos corpos, onde vida e morte estavam nas mãos do soberano. Logo, “o poder era [...] direito de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e, finalmente, da vida; de se apoderar da vida para suprimi-la” (FOUCAULT, 2003, p. 128).

Por sua vez, as mudanças ocorridas no ocidente produziram um novo tipo de sociedade, que agora não é mais gerida pelo poder da espada. Eis que se configura a chamada sociedade disciplinar, que tem no poder de ampliação, majoração da vida, o seu principal objetivo e estratégia de exercício do poder através da disciplina.

Essa majoração da vida é o chamado biopoder, o poder sobre a vida, que utiliza a anátomo-política e a biopolítica como instrumentos. A anátomo-política envolve uma disciplinarização dos corpos, no enquadramento dos corpos e extração e utilidade de suas forças. Já a biopolítica representa as estratégias adotadas para manutenção de fenômenos biológicos, tais como controle de natalidade, de doenças, dentre outros. Seu objetivo é a capilaridade do poder sobre os sujeitos. Assim, podemos afirmar que uma política de saúde é tangenciada por essa perspectiva do biopoder, uma vez que produz corpos, normas e são até mesmo marcadas pela lógica de mercado (MAIA; OSÓRIO, 2004).

Sobre a disciplina, que servirá como mecanismo para a propagação do poder, diz Foucault (2000, p. 187-188):

É um mecanismo que permite extrair dos corpos tempo e trabalho mais do que bens e riqueza. É um tipo de poder que se exerce continuamente através da vigilância e não descontinuamente por meio de sistemas de taxas e obrigações distribuídas no tempo; que supõe mais um sistema minucioso de coerções materiais do que a existência física de um soberano.

Esse controle fundamenta o que Foucault chama de corpos dóceis. O corpo docilizado é aquele que possui um senhor, ainda que de forma invisível. A docilização dos corpos faz com que os sujeitos internalizem a própria disciplina. Com efeito, surge um sujeito economicamente útil e politicamente submisso. É importantíssimo salientar que Foucault (2003) também chama a atenção para as chamadas resistências. Segundo ele, onde existe o poder também existe resistência, onde essa resistência nada mais é do que um outro campo de forças, de interlocução, buscando se afirmar (MATTOS, 2015).

Torna-se fundamental o debate a respeito das novas configurações do diagrama do poder. Passamos da sociedade disciplinar para a sociedade de controle. A passagem de uma à outra se caracteriza pela crise generalizada nos grandes confinamentos, como a escola, o hospital, a família, a prisão etc. Essas instituições serviam como instrumentos de controle social, exercendo sobre os indivíduos um poder que, ao mesmo tempo em que moldava seus corpos e suas subjetividades, fazia emergir um saber sobre eles. Agora, no entanto, já não se trata do espaço fechado das instituições disciplinares e seus mecanismos de vigilância específicos; trata-se de mecanismos de monitoramento mais difusos, flexíveis, móveis, ondulantes e imanentes que incidem sobre os corpos e as mentes, prescindido das mediações institucionais antes necessárias (DELEUZE, 1992).

4.2 O SISTEMA PRISIONAL NA CONTRAMÃO DO GUIÃO DOS DIREITOS HUMANOS

A temática do sistema prisional envolve vários assuntos que, além de complexos, entrecruzam-se em um terreno árido. De antemão, entende-se que a prisão tem também como função primeira a produção da delinquência (FOUCAULT, 1977a). Além disso, “a prisão prejudica o indivíduo, a família e a sociedade. Multiplica-se ao máximo o mal do crime” (LYRA, 1971, p. 111 apud VALOIS, 2015, p. 25).

Um importante marco na história dos DH foi a construção, em 1948, da Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH) (NAÇÕES UNIDAS, 1948). A DUDH foi o primeiro documento internacional que abordou o tema, com o objetivo de sensibilizar os Estados quanto à proteção dos DH e para que atrocidades, como aquelas da Segunda Guerra Mundial, não se repetissem. Entretanto, somente após a década de 60 que o peso normativo de proteção dos direitos fundamentais foi internalizado por muitos países, fato que poderia ser visto como falta de interesse de alguns, mas que estava relacionado à tensão da Guerra Fria (VEDOVATO; BARRETO, 2015).

Os DH são considerados indispensáveis para a sociedade e estão pautados na liberdade, igualdade e dignidade. Na visão contemporânea, esses direitos são universais, interdependentes e interrelacionados, conforme definido na Conferência de Viena, ocorrida em 1993. Essa visão congrega os direitos civis e políticos e os direitos sociais, econômicos e culturais⁵ (RAMOS 2014 apud VERDOVATO; BARRETO, 2015).

⁵ Para Bobbio (1992), os direitos apresentados estão relacionados às chamadas dimensões (ou gerações) dos DH: a liberdade, voltada para os direitos civis e políticos (primeira dimensão); a igualdade, para os direitos sociais,

A Conferência de Viena foi um evento agregador de lutas por ter possibilitado o debate e a operacionalização para que os alicerces dos DH fossem encarnados por vários países, graças às normativas do Direito Internacional, sendo aceita por consenso e voto aberto. Frisa-se que foi feita uma distinção entre as coisas que se pretendiam ser universais – onde muitas questões ainda estariam no plano utópico e, portanto, embrionárias – e aquilo que na realidade seria de âmbito internacional. Logo, afirmar certos direitos internacionalmente aceitos não significaria entendê-los enquanto universais (ALVES, 2013).

Muitos direitos fundamentais abordados na DUDH são reafirmados em normativas nacionais (a Constituição Federal de 1988, por exemplo) e outros documentos internacionais (PIOVASAN, 2009 apud VEDOVATO; BARRETO, 2015). Vejamos alguns desses direitos tratados na DUDH:

Artigo 1º

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.

Artigo 5º

Ninguém será submetido à tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante.

Artigo 25º

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, **saúde e bem-estar**, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (NAÇÕES UNIDAS, 1948, grifo nosso).

Se tomarmos o sistema brasileiro como mote para observarmos os artigos da DUDH citados, torna-se óbvia a discrepância entre princípios e práticas no campo dos DH, conforme sinalizado por Santos (2007).

Com relação ao artigo 1º da DUDH, sabe-se que muitos brasileiros já nascem atrás das grades. É o que mostra o estudo realizado com mulheres privadas de liberdade e agentes penitenciárias de um presídio feminino da região metropolitana de Goiânia. O estudo apontou para as péssimas condições de ambiência e de cuidado, tanto para a mãe quanto o recém-nascido, além do sofrimento das gestantes e puérperas face o encarceramento e o seu próximo ou novo papel social: o de ser mãe, porém no cárcere (MIRANDA et al., 2016). Diz o estudo:

As condições inapropriadas impostas à mulher encarcerada que vivencia um dos períodos da reprodução, seja gravidez, parto e/ou puerpério (nesse caso, incluído o recém-nascido), são denunciadas com alguma frequência por elas próprias. Há casos em que os próprios agentes prisionais contribuem para a intensificação do ambiente

culturais e econômicos (segunda dimensão); e a dignidade, relacionada aos direitos difusos e que envolveria o direito dos povos e da paz (terceira dimensão).

hostil, seja por quantitativo reduzido de pessoal para o atendimento às demandas, seja por falta de qualificação ou mesmo por reproduzir o senso comum, ou seja, que a maternidade não deve ser vivenciada por mulheres com restrição de liberdade (MIRANDA et al., 2016, p. 2236).

Quanto ao artigo 5º, temos como direito a não submissão à tortura ou a qualquer tratamento degradante, que também é violado no sistema prisional do país. É no documento intitulado *Sobre a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos e Degradantes*, da ONU, que a tortura passa a ser conceituada como uma ação dirigida, que busca extrair informações através do dano físico ou mental. Entretanto, a tortura não tem como produto o fazer falar, mas sim calar (SIRONI, 2011).

Esse silenciamento é produto de uma mortificação do eu, onde o indivíduo perde suas referências, num processo que visa engendrar comportamentos serializados, sendo uma função das chamadas instituições totais (GOFFMAN, 1974). A tortura passa a ser uma prática comum em vários estabelecimentos públicos, como cadeias, presídios, hospitais psiquiátricos, dentre outros (COIMBRA, 2001).

Por sua vez, o artigo 25º é o que trata sobre o tema da saúde enquanto um direito universal e entendido, em conjunto com os outros mencionados, indispensável para os seres humanos. Ainda assim, a realidade do sistema prisional brasileiro viola consideravelmente quaisquer um dos direitos mencionados, pois o que existe é uma crescente massa de sujeitos não detentores, que não usufruem de direitos, ainda que dispostos nos tratados internacionais e, por conseguinte, incorporados ao texto constitucional brasileiro.

Esta situação de desrespeito aos direitos humanos, encontrado em muitas instituições penais, evidencia a múltipla penalização imposta aos criminosos. Além da privação da liberdade, são ainda penalizados com castigos corporais, exposição ao uso de drogas e ao contágio a várias enfermidades. Soma-se a isso o descumprimento dos dispositivos legais que regulamentam a privação de liberdade. (SOUZA et al., 1988 apud FRINHANI, 2004, p. 42).

No trabalho de Castel (1993 apud LIMA; CASTRO; SILVA, 2017), vimos que o encarceramento também fragiliza a saúde mental da pessoa privada de liberdade, uma vez que a tutela do Estado produz vulnerabilidade subjetiva, que representa um processo denominado desfiliação, ou seja, uma dissociação do vínculo social, onde há uma precarização da vida, não só em seu aspecto material, mas principalmente na fragilidade do tecido relacional, culminada em decorrência isolamento.

Mesmo diante das incongruências entre o prescrito e o real dos DH, para Bobbio (1992, p. 16), o problema fundamental dos DH “não é tanto o de justificá-los, mas o de protegê-los. Trata-se de um problema não filosófico, mas político”. A proteção dos DH é uma ação que só pode ser feita a partir do entendimento de outros desafios, presentes desde seu nascedouro,

sendo eles as políticas arbitrárias e seu exacerbado poder, os preconceitos intrínsecos às várias culturas e esferas societárias e a exploração econômica, além dos efeitos da globalização e dos discursos-práticas da chamada pós-modernidade (ALVES, 2013).

Apesar da inquestionável necessidade de se defender a DUDH e o que este documento representa, existem críticas e reflexões a respeito de sua pretensão: ser uma declaração universal, que faça sentido para todos os povos. Os DH foram construídos, têm uma dimensão histórica, logo não são naturais. Esse prisma também coloca em questão a universalidade da DUDH, outorgando aos DH um caráter emancipatório, progressista, dando margem à visão intercultural, abrangendo os anseios, aspirações e diferenças entre os povos, captados através do diálogo para compreensão de zonas fronteiriças entre diferentes culturas (SANTOS, 2006).

Compreende-se que a crise dos projetos societários pautados no Socialismo fez com o que o discurso dos DH se tornasse ferramenta substitutiva para a emancipação dos homens. É nesse campo de turbulência que é cogitada uma interculturalidade para os DH, concebendo-os como guião emancipatório. A crítica à visão universal dos DH reside na compreensão de que é o Ocidente que busca o universalismo e não todos os povos. As crises surgidas no período do pós-guerra e na Guerra Fria fizeram com que o tema dos DH ganhasse outros contornos, inclusive atendendo interesses contrários aos ideais emancipatórios (SANTOS, 2006).

Dito de outro modo, os DH, em especial os que foram formulados pela ONU, fazem parte da ideologia ocidental e desconsideram as diferentes concepções de dignidade humana presentes em outros povos, em outras culturas. Por isso, é preciso estabelecer as conexões entre as diferentes culturas e suas formas de conceber a dignidade humana, sem a pretensão de relativizá-las, naturalizá-las. As concepções variadas de dignidade humana devem ser vistas sob uma ótica intercultural, percebendo a incompletude das culturas. Essa incompletude só é notória a partir do olhar do outro, daí a importância do diálogo permanente.

A ótica intercultural, definida por Santos (2006), reforça o valor do diálogo entre os povos, porém a crítica descontextualizada dessa pretensão universalista dos DH – concepção filosófica-iluminista, hegemônica e ocidental – teria como consequência o descrédito, a perda e/ou o esvaziamento dos muitos ganhos dos DH, inspirados nesse prisma filosófico (ALVES, 2013).

No Brasil, país signatário de vários tratados internacionais, criou-se o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), tendo como motivador as recomendações da Conferência de Viena, que exigiram dos Estados o estabelecimento de políticas e mecanismos para não só proteger os DH, mas também para internalizá-los, dando-lhes visibilidade nas ações governamentais e suas políticas públicas.

O PNDH já possui três versões. A primeira, de 1996, caracterizou-se por diagnosticar a situação dos DH no país, sendo confeccionado pelo Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo (NEV/USP). A segunda versão do PNDH foi construída em 2002, com foco nos direitos sociais. Já a terceira e atual versão é de 2009 e, diferente das anteriores, estruturou de maneira clara eixos e diretrizes das políticas de DH no país, apesar dos embates e resistências devido às discrepâncias de interesses de grupos diversos da sociedade civil, onde temas, como o direito ao aborto, não foram positivados no PNDH devido a esse cenário conflituoso. A não positivação, assim como as violações dos DH, estão “alicerçadas nas raízes da discriminação, profundas na história brasileira” (VEDOVATO; BARRETO, 2015, p. 46).

Apesar dos avanços em termos normativos-legais para (re)estruturação de uma política de direitos humanos, tanto no contexto brasileiro como no internacional, um outro desafio para a materialização dos DH seria a chamada globalização, que não se reduz às questões de comercialização de produtos, de serviços, mas que também representa a circulação de sujeitos, nos tempos e espaços, logo, a circulação das diferenças.

Diante das diferenças – religiosa, racial, étnica, dentre outras – surgiria o sentimento de insegurança, acirrando o preconceito, sobretudo contra o imigrante, o estrangeiro e, de modo mais acentuado no Brasil, contra o pobre, responsabilizando-o por sua condição de pobreza. A dita classe média, em virtude de sua insegurança, do seu medo contra o pobre agora associado a criminoso, passaria a ansiar pelo aumento das penas para o criminoso comum, suprimindo seus direitos civis (ALVES, 2013).

Esse sentimento de insegurança, atrelado à criminalidade, forja uma percepção de que os considerados criminosos não são detentores de direitos. É o que mostra o estudo de Cano (2011), acerca do grau de acordo ou desacordo com expressões relativas aos DDHH e crime. Nele, verificou-se que os maiores percentuais retratam uma negativa dos direitos para os ditos criminosos, onde 33,1% da população entrevistada concordava plenamente com a afirmativa “bandido bom é bandido morto”, e 24,7% com a expressão “direitos humanos deveriam ser só para pessoas direitas” (CANO, 2011, p. 36).

Destarte, o referencial dos DH qualifica a discussão do sistema prisional brasileiro. Tomá-lo como arcabouço teórico é também uma estratégia de reflexão e de desconstrução da tacanha e errônea compreensão de que a luta dos DH representaria uma forma de desresponsabilizar os sujeitos e de cancelar os atos que podem atentar contra a vida e a dignidade humana.

4.3 “NÃO PODE CONTINUAR DO JEITO QUE ESTÁ. É CRUEL, MUITO CRUEL”: O DISPOSITIVO PRISÃO, A EXCLUSÃO DOS DESVIANTES E O GENOCÍDIO DA POPULAÇÃO NEGRA

O termo penitenciário (ou penitenciária), por mais banal que pareça, fala da historicidade do sistema prisional, também comumente nomeado como sistema penitenciário. Essa terminologia está ligada às ideias de pena e penitência. Tais ideias se materializaram, ao longo dos tempos, nos espaços físicos, forjando modelos.

Foi na Idade Média, mais especificamente nos mosteiros, onde os clérigos deveriam chegar ao arrependimento de seus pecados através do cumprimento da pena, a saber, a meditação necessária para reflexão e devido arrependimento. O alvo era, então, o arrependimento e a aproximação com o divino. A partir do século XVI temos o surgimento de casas de correção para delinquentes, onde a tecnologia motriz era a reflexão, onde cada um deveria repensar sobre os erros cometidos, buscando sua transformação (ASSIS, 2007 apud NASCIMENTO, 2011).

Outro modelo de sistema penitenciário que se destacou foi o Sistema Pensilvânico, a partir do século XIX, com fortes influências da teologia. Para que ocorresse a ressocialização da pessoa presa havia também a reflexão dos atos praticados, porém, dessa vez, de maneira isolada, segregada das outras pessoas condenadas, cabendo agora se redimir dos erros por meio das orações e do silêncio (LEMGRUBER, 1999).

Atualmente, a existência, bem como a manutenção, dos diferentes sistemas penitenciários no mundo se distanciou de preceitos do campo religioso e/ou moral, atrelando-se às imposições do ordenamento jurídico advindo do campo do Direito, uma área de conhecimento respaldada cientificamente e que representa o conjunto das regras para o convívio social. O Direito passa a ter, em sua tecnocracia, inúmeras ramificações e instâncias, das quais a do Direito Penal é uma das mais complexas. Essa complexidade se deve ao seu objeto, a saber, o estudo das leis e a aplicabilidade das sanções penais. É o seu *modus operandi* que naturaliza e reforça a necessidade dos espaços de cárcere. Por esse motivo, é preciso considerá-lo nas reflexões acerca do sistema prisional (VALOIS, 2015).

Essa naturalização do cárcere ocorre por conta da confusão quanto ao entendimento das regras jurídicas, pois elas não citam a pena de prisão, mas sim a pena privativa de liberdade. Com isso, existe uma compreensão e uma associação automática entre a privação de liberdade e a prisão, que desconsidera as realidades, como se a prisão – que no contexto brasileiro tornou-

se sinônimo de ambiente superlotado e insalubre – não fosse o que de fato ela é: "uma prisão que mata, tortura, extorpe e violenta" (VALOIS, 2015, p. 11).

A naturalização do cárcere expressa uma lógica de exclusão que é ratificada pelas instituições do Sistema de Justiça. Para Coimbra (2003, p. 8):

Não somente no espaço do Judiciário, mas principalmente nele, tem sido legitimada não só a superioridade de um saber considerado e afirmado [...] a inferiorização, a desqualificação, o lugar da falta ocupado pelos chamados diferentes, anormais, criminosos, infratores; em suma, pelos ‘perigosos’. Estes necessitam, por isso, de constante vigilância, monitoramento e tutela.

A exclusão, permeada por castigos e todo um sistema de vigilância dos corpos, faz parte da prisão, conforme postulado por Foucault (1977a, p. 264-265)

A prisão deve ser um aparelho disciplinar exaustivo [...] deve tomar [...] todos os aspectos do indivíduo [...] sua aptidão [...], seu comportamento cotidiano, sua atitude moral, suas disposições [...] a prisão [...] é “onidisciplinar”. sua ação [...] deve ser ininterrupta [...] ela dá um poder quase total sobre os detentos; tem seus mecanismos [...] de repressão e de castigo: disciplina despótica.

Mesmo com as constatações das incongruências oriundas e circulantes no ordenamento jurídico e o seu efeito em ratificar o espaço do cárcere, percebe-se que, desde a sua gênese, o sistema penitenciário teve como elemento a ideia de ressocialização da pessoa presa, dos diferentes. Conforme menciona Thompson (1976, p. 36),

A tônica do confinamento carcerário [...] já a partir do século passado, pelo menos, passou a merecer ênfase especial à meta reabilitação. Designada, indiferentemente, por terapêutica, cura, recuperação, regeneração, readaptação, ressocialização, reeducação e outras correlatas ora é vista como semelhante à finalidade do hospital ora como à da escola.

No Brasil, assim como em outros países, a ressocialização vem sendo combatida, pois há uma incompatibilidade elementar entre o modelo do sistema prisional e o seu intento em reinserir os sujeitos que cumprem pena, uma vez que essa suposta reinserção se dá mediante a exclusão do convívio social e colocação desses sujeitos em estabelecimentos onde outros direitos são negados, fato que contraria os preceitos legais.

É o que Batista (2008) chama de “ilusões re”: reinserir, reeducar, ressocializar, readaptar e outras expressões correlatas. Há uma contradição significativa na busca de inserir a partir da exclusão. Ademais, não há ressocialização, pois os lugares de segregação existem justamente para os desviantes e perigosos. Eles já têm um lugar social (COIMBRA, 2001).

Mas o que a suposta ressocialização produz? Diz Thompson (1976, p. 44-45):

Numa solenidade festiva, na Penitenciária Lemos Brito, presentes várias figuras da alta administração do Estado, servia, como garção, um interno que era exibido como o exemplo mais convincente da capacidade regeneradora da prisão. Condenado a mais de cem anos, pela soma das penas recebidas em inúmeros delitos violentos, ostentava a estrela amarela, símbolo do excelente comportamento carcerário. Respeitando rigorosamente as normas disciplinares, colaborava eficientemente com a

administração, na tarefa de manter em paz a rotina da casa. [...] Conversava com o Promotor Silveira Lobo, quando o mencionado rapaz nos serviu uma bebida, aproveitando para trocar algumas palavras comigo. Após afastar-se, comentei com meu interlocutor: — É, parece que este homem está, mesmo, recuperado. Silveira Lobo demorou-se um pouco, seguindo com a vista o interno, objeto do comentário. Depois, soltou vagarosamente: — É [...] está muito diferente do menino que conheci, logo que caiu nas mãos da Justiça. Engordou, exibe formas algo arredondadas; os olhos estão meio baços e, em geral, fitam o chão; curva-se com bastante servilidade, diante das pessoas; a voz mostra um certo acento feminino; move-se com lentidão, cuidadosamente, quase diria com receio; formalmente respeitoso, parece preocupado em, por qualquer distração, deixar de cumprir algum comando regulamentar; na pequena conversa que teve com você, sugeriu uma intriga envolvendo um guarda e um companheiro. É [...] daquele jovem atrevido, enérgico, topetudo, independente, altivo, não restou nada.

E terminou com triste ironia: — Foi uma bela regeneração.

As falaciosas “ilusões re” mascaram as arbitrariedades do sistema prisional e a chamada seletividade de um controle social, dando-lhes um ar de benfeitoria e camuflando aquilo que, de fato, circula no tecido social: o desejo de segregar, logo, de aniquilar os transgressores das leis, vistos como inimigos do Estado, da moral e dos bons costumes dos ditos cidadãos de bem.

Essa seletividade do sistema de controle social é vista por Santos (2001) em suas reflexões sobre os Direitos Humanos de adolescentes em conflito com a lei. Para ele, a prisionalização tem como produto a reincidência e, conseqüentemente, fomenta carreiras criminosas. A constatação do autor se conecta à ideia da produção de delinquência trabalhada por Foucault (1977a) em sua leitura sobre o nascimento das prisões, na obra “Vigiar e Punir”.

A despeito das diferenças entre o sistema prisional e o sistema socioeducativo, há uma sincronia entre eles, haja vista aquilo que os dois têm em comum: a privação da liberdade dos sujeitos. Assim, a seletividade do sistema de controle social é causa-efeito das “desigualdades estruturais das relações econômicas e sociais, instituídas pelas formas políticas e jurídicas do Estado, que legitimam uma ordem social injusta.” (CIRINO SANTOS, 2002, p. 119).

Convém sublinhar que a privação de liberdade abarca debates outros que vão desde a lógica punitiva que permeia o tecido social; o encarceramento em massa; o viés moralista quanto ao uso das chamadas drogas ilícitas; a seletividade penal, que chancela a prisão de pardos, pretos e pobres com baixa escolaridade; dentre outros atravessamentos que retratam as violações de direitos perpetradas contra a massa de homens e mulheres desviantes, que passarão por um processo de “ressocialização”, porém sem liberdade e convívio social (VALOIS, 2015).

Ao longo da história do sistema prisional, abandona-se o discurso criminológico ressocializador, permitindo, cada vez mais, a consideração da punição como simples “instrumento de encerramento de uma população considerada tanto desviante e perigosa como supérflua, no plano econômico”. Tal punição é tão somente um mecanismo útil para “segregar

uma categoria indesejável, percebida como provocadora de uma dupla ameaça, inseparavelmente física e moral” (WACQUANT, 2001, p. 98).

Um dos dispositivos que chancelam a exclusão do convívio social de determinados seguimentos da população é o discurso da periculosidade, que tenta retratar acontecimentos futuros. Nele, será levada em consideração a suposta personalidade, uma suposta natureza humana, cabendo aos poderes instituídos – nesse caso o Estado – em nome de uma também suposta segurança pública, controlar as ações dos que têm potencial de delinquir. As práticas sutis de tortura, fato que ocorre nos espaços de segregação, serão direcionadas aos perigosos, para determinados segmentos da população, e demandarão constante vigilância e disciplinarização (COIMBRA, 2001).

A prisão também tem como função a docilização dos corpos e a produção da delinquência calcada em sua lógica da periculosidade. O afastamento do convívio social é uma exclusão da posse, dos meios de produção. É o que mostra Forrester (1997), em sua leitura sobre a questão do desemprego estrutural. As legiões de desempregados que, desesperados por uma atividade remunerada, perseguem, como moribundos, vagas irreais oferecidas em lugar nenhum, tornar-se-ão um exército de mão de obra de reserva.

Há então uma massa de sujeitos inúteis para o sistema capitalista, devido ao rompimento com os contratos sociais, a partir da transgressão das leis do Estado. Graças aos efeitos imediatos do processo de modernização, que caracteriza as sociedades modernas, há a fabricação em massa de lixo humano, de vidas refugadas, inúteis ao funcionamento da máquina de produção capitalista e que, por isso, são descartáveis. Logo, não sendo mais úteis, têm como destino um local, nesse caso, a prisão (BAUMAN, 2005).

As análises de Wacquant (2001) sobre a ascensão do Estado penal estadunidense, que abarca o encarceramento em massa, e sobre a política de Tolerância Zero de Nova York, são valiosíssimas para o entendimento do sistema prisional brasileiro. Para Loïc Wacquant, os efeitos do Estado penal são as formas de controle caracterizadas pelas (e nas) seguintes funções: prisão e mercado de trabalho desqualificado; prisão e perpetuação da ordem racial; e prisão e assistência social.

Na primeira função, há uma regulação dos segmentos inferiores do mercado de trabalho, interferindo de modo duplo, isto é, tanto numa suposta redução do nível de desemprego – uma vez que há uma massa de sujeitos aprisionada e agora que trabalha, de maneira precária, no estabelecimento penal, graças à lógica neoliberal de privatização – quanto na ampliação de sujeitos para o não emprego, para o mercado de trabalho extramuros, tornando-os suscetíveis

para as ofertas mais degradantes do mercado de trabalho (in)formal, fato que inclusive potencializa a expansão do sistema penal.

Já na perpetuação da ordem racial, o autor postula que o encerramento da massa negra e pobre se dá por conta de dois interesses: no plano econômico, devido à característica supérflua e marginal do gueto e de quem provém dele; e no plano político, uma vez que o cerceamento dos negros, ditos como perigosos, interfere no cenário das eleições no país.

Ainda, segundo Wacquant, a função da prisão, quanto à assistência social, está relacionada aos dispositivos de “ajuda social”, endereçada aos familiares dos presos e as camadas pobres, que encontrarão, em espaços de privação de liberdade, a garantia de direitos antes negados ou materializados. Assim, a prisão e a assistência passam a ser mercantilizadas.

Importa discorrer sobre a função da prisão, conforme sinalizada por Wacquant (2001), pois, apesar de sua leitura localizada para a realidade de uma nova gestão da miséria e seu correlato com as prisões estadunidenses, esse pensamento também retrata a realidade de outros continentes e países. A respeito disso, Zaffaroni (1993 apud LEITE, 2014, p. 779) menciona que a função do sistema penal, mais especificamente na América do Sul, é colocar este continente na “periferia da industrialização”. Desse modo, o cárcere teria como um de seus objetivos, “[...] manter grandes parcelas da população à margem do acesso igualitário à fruição de direitos” (LEITE, 2014, p. 799).

4.4 MORTE-FIM E MORTE-MEIO: PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES, MÍDIA E A QUESTÃO DAS DROGAS

A lógica do encarceramento tem sido difundida em larga escala, produzindo subjetividades. Mas o que seria subjetividade? Seria ela sinônimo de singularidade, algo relacionado ao plano individual?

A noção de produção de subjetividades fala de uma geografia do pensamento e é valiosa para a compreensão da difusão das lógicas. Diferentemente de uma verticalidade hierarquizada, próxima do viés platônico e sua centralidade na ideia de uma Razão pura e transcendental – sendo esta fundante para a perspectiva cartesiana – ou então de uma horizontalidade interessada na superfície do pensamento e nas conexões de um polo ao outro, quase sempre buscando uma igualdade e/ou homeostase, o que existe é a transversalidade, que representa graus de abertura, um jogo dinâmico nas relações. A transversalidade é como um cutelo afiado, em constante movimento e pronto para realizar cortes em várias direções. Transversalizar é perceber, naquilo que se investiga, gradientes de comunicação, processos inventivos e disruptivos capaz de

embaralhar códigos. A transversalidade é uma força diagonal e não horizontal ou vertical (OLIVEIRA; PASSOS, 2012).

Para o psicanalista Félix Guattari, a subjetividade não é algo natural, mas fabricado. A subjetividade é o que determina e efetiva as maneiras de ver, de sentir, logo, de experienciar e estar no mundo. Ao longo da história, foi produzida uma dicotomia entre individual e social e, estrategicamente, passou-se a considerar os termos individual e subjetivo como palavras sinônimas, inclusive associando a ideia de indivíduo à natureza humana, uma essência.

Entretanto, para Guattari e Rolnik (1996, p. 31), “[...] os indivíduos são o resultado de uma produção em massa. O indivíduo é serializado, registrado e modelado [...] a subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo”. A subjetividade é polifônica e sua produção advém dos agenciamentos sociais, sempre múltiplos. Assim, quando falamos em subjetividade não a referendamos ao plano individual, mas coletivo.

A subjetividade não se situa no campo individual, seu campo é o de todos os processos de produção social e material. O que se poderia dizer, usando a linguagem da informática, é que, evidentemente, um indivíduo sempre existe, mas apenas enquanto terminal; esse terminal individual se encontra na posição de consumidor de subjetividade. Ele consome sistemas de representação, de sensibilidade etc. – sistemas que não têm nada a ver com categorias naturais universais (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 32).

Com isso, cabe então dar ênfase ao fato de que é a população negra que majoritariamente é direcionada, sendo o alvo do dispositivo prisão. De acordo com o último relatório, publicado em 2017 pelo Levantamento de Informações Penitenciárias (INFOPEN), do Ministério da Justiça e Segurança Pública, o percentual da população negra (pardos e pretos) privada de liberdade no sistema prisional no Brasil é de 64%, número maior do que o percentual de população negra total do país, que é de 53%. Esse dado fala sobre muitas questões, dentre elas a própria construção histórica do país, marcada por uma colonização genocida, que vai desde a dizimação dos indígenas até o escravismo colonial, estendendo-se aos dias atuais, onde tal lógica passa a ser direcionada a grupos específicos.

A população negra, por exemplo, tem sido o alvo dessas tecnologias e o sistema prisional tornou-se, atualmente, o dispositivo que melhor atende os interesses econômicos e os anseios de uma organização social excludente e omissa quanto aos direitos das classes ditas perigosas. Essa população passa a ser alvo de “microgenocídios tolerados, lentos e sistemáticos” (BATISTA, 1990, p. 50).

Há um prolongamento da senzala, onde as práticas de controle, inclusive as modalidades de tortura, são agora dirigidas para pardos, pretos, pobres e periféricos, considerados como perigosos aos interesses do Estado e sua política de segurança pública. Como já apontado em

outro momento deste trabalho, o pensamento de Françoise Sironi a respeito da tortura mostra que essa prática perpetrada contra os indivíduos pode afligir o corpo físico, almejando extrair informações, mas, antes de tudo, a tortura produz o silêncio, tem efeitos sutis, quase que imperceptíveis, ainda que esse mesmo corpo físico esteja intacto.

A produção do silêncio a partir da tortura é uma marca do colonialismo. Jesus (2016), na sua leitura da obra de Grada Kilomba, mostra que a utilização da máscara em homens e mulheres, no regime de escravidão, era uma forma do colonizador, o senhor branco, oprimir e impedir que seus escravos usufríssem da colheita, mesmo que esses escravos fossem os responsáveis pelo plantio. Comer o alimento advindo da terra seria uma ofensa para o colonizador branco, pois, para ele, a terra e os seus frutos o pertenciam e não aos homens e mulheres de pele preta. A boca precisava ser controlada, estar muda, impedir afrontas. Com base nisso, nota-se que o racismo sempre esteve ligado à ideia de posse, o medo de que o outro tome aquilo que, aparentemente, lhe pertence.

Esse prolongamento da senzala, que tem no sistema prisional sua maior expressão, trouxe algumas atualizações. No lugar da máscara, eis as algemas, os grilhões e as celas. Paradoxalmente, o dispositivo prisão parece inverter o que deveria ser repulsa, estranhamento e pavor quanto às práticas historicamente conhecidas e relacionadas ao regime de escravidão. É o que fica nítido nas reflexões de Valois (2015, p. 13), ao afirmar que “[...] muitos presos de hoje em dia não hesitariam nem um segundo sequer em trocar anos, meses que sejam, dessas prisões imundas, insalubres e promíscuas que temos, por algumas horas de chicotadas”. É o corpo negro que está na engrenagem dos espaços de privação de liberdade, como o sistema socioeducativo e o sistema prisional do país (FERNANDES et al., 2018).

Constata-se que os microgenocídios estão relacionados à lógica da prisão (uma instituição), fazendo parte de sua função de exclusão social e dos meios de produção das pessoas privadas de liberdade e atendendo aos interesses do capitalismo, pois “[...] a carne mais barata do mercado é processada no moedor carcerário e engorda voluptuosamente as empresas de segurança e armas. Se não pode ser consumidor, será consumido” (SANTOS, 2017, p. 99).

Tais microgenocídios, perpetrados cotidianamente nos equipamentos prisionais, se assemelham às práticas de suplício e tortura da sociedade de soberania, caracterizada pelo poder de gládio, com a morte de pessoas privadas de liberdade nos nossos dias atuais.

No início de 2016, duas rebeliões ocorridas no Amazonas e no Rio Grande do Norte mostraram a gravidade das formas de violência que ocorrem no interior das prisões brasileiras. O sistema potiguar, por exemplo, registrou 26 mortos, sendo 15 com morte brutal, pois foram

decapitados. Sobre esse episódio, um privado de liberdade do Presídio de Alcaçuz, localizado em Nísia Floresta/RN, registrou as seguintes palavras:

Segurando a minha arma que era apenas um pedaço de madeira, fiz uma pequena reflexão: meu Deus, por que essas pessoas se matam desta maneira? Por que tanto ódio, tanta raiva ao ponto dessas crueldades? Por que eu, que não pertencço mais ao crime, preciso passar por isso? Por que ainda não deixei esse inferno? (ALBUQUERQUE, 2017).

O fragmento acima também se conecta ao texto de Ivana Bentes (2017), que diz:

A massa de corpos em pedaços, as cabeças degoladas, os corações arrancados, as mãos e pernas decepadas produzem uma imagem informe e anônima, mas extremamente eficaz de desumanização radical dos usuários do sistema penitenciário brasileiro, só comparáveis, na sua abjeção e monstruosidade, às imagens dos campos de extermínio.

Para compreendermos como, no contemporâneo, caracterizado por uma sociedade de controle, as práticas do poder soberano são realizáveis e até mesmo autorizadas, é preciso retomarmos a concepção de biopolítica descrita na obra de Foucault. A biopolítica compõe o chamado biopoder, que tem como interesse a majoração da vida. Diferente do poder do soberano, marcado pelo fazer morrer do corpo individual (o direito de vida e morte estavam na mão do rei, do soberano), o biopoder, mais especificamente a biopolítica, visa controlar os fenômenos da vida, o fazer viver populacional, das massas (FOUCAULT, 2005).

O que possibilita o retrocesso à lógica do fazer morrer nos dias de hoje é a estratégia biopolítica do racismo de Estado, onde serão considerados atributos biológicos, dos quais a raça é um deles. Para que haja normalização social, é preciso extirpar as raças inferiores em defesa e purificação das superiores. Historicamente, o racismo de Estado esteve presente no fenômeno do nazismo e do fascismo e aparece hoje no genocídio colonizador em muitos territórios, onde a tônica é fazer morrer determinados segmentos populacionais, ou seja, os sujeitos desviantes, inferiores e, por conseguinte, indesejáveis (FOUCAULT, 2005).

Há, portanto, campos, lugares específicos do que seria uma politização da morte, de retorno ou reforço à lógica do Totalitarismo, onde o direito à vida deixa de ser regra e passa a ser exceção. É essa premissa para o estado de exceção que legitimou as violações de direitos, como as vistas na Alemanha nazista. O homem que transgride a norma jurídica fica agora desprovido de seus direitos – tem sua vida nua (AGAMBEN, 2004).

Os conceitos de Foucault e Agamben têm sido fundamentais para um pensamento pós-colonial, que discute não apenas o genocídio da população negra, mas as políticas da morte, do poder de soberania no contemporâneo. Desde os primórdios, a ideia de soberania estava ligada à colonização dos povos, de conquista e afirmação territorial. O sujeito colonizado era desprovido de sua qualidade de humano, tornando-se mero objeto.

A força do termo genocídio pode trazer desconforto para qualquer leitor, porém é importante frisar que a reflexão sobre o genocídio da população negra não é recente. No final da década de 70, o poeta e militante negro Abdias do Nascimento já colocava à baila tal problemática em uma de suas mais importantes obras: *O Genocídio do Negro Brasileiro – Processo de Racismo Mascarado* (1978). No prefácio de seu livro, escrito por Florestan Fernandes, temos uma excelente exposição quanto ao processo de genocídio do povo negro. Disse o sociólogo Florestan Fernandes (1978):

Trata-se de uma palavra terrível e chocante para a hipocrisia conservadora. Contudo, o que se fez e se continua a fazer com o negro e com seus descendentes merece outro qualificativo? Da escravidão, no início do período colonial, até os dias que correm as populações negras e mulatas têm sofrido um genocídio institucionalizado, sistemático, embora silencioso. A abolição não pôs fim, mas agravou o genocídio; e posteriormente o negro foi condenado à periferia da sociedade de classes, como se não pertencesse à ordem legal. O que o expôs a um extermínio moral e cultural, que teve sequelas econômicas e demográficas.

De acordo com Aza Njeri, em alusão ao pensamento da antropóloga Marimba Ani e ao que ela chamou de *maafa* – o grande desastre, o que se tem em curso é um processo de genocídio do povo negro. Esse processo é global, uma investida pautada no racismo, sendo ele uma estratégia sociopolítica, haja vista que a ideia de raça não estaria relacionada ao campo biológico, mas sim social, de formação de classes, inclusive criando um sistema de castas dentro da própria população negra, com uns mais livres e outros menos livres (ALEXANDER, 2017).

Ainda nas pistas de Aza Njeri, o genocídio pode ser entendido como um monstro disforme, grotesco, possuidor de vários tentáculos que focaliza o corpo negro e suas especificidades: o corpo da mulher negra; o corpo da criança negra; o corpo do homossexual negro, o corpo da pessoa em situação de rua negra; o corpo do favelado negro etc. E é no "vacilar" desse corpo que esse monstro do genocídio o subtrai, a partir de seus tentáculos. O negro passa a ser um sobrevivente das ações que tem potencial para materializar mortes: simbólica, epistemológica; nutricional; material, civil, dentre outras⁶ (NJERI, 2018).

Assim, graças ao racismo de Estado, instituído no entendimento de uma vida nua, inaugura-se um modo de pensar onde não basta fazer morrer (confundido, às vezes, como omissão, que também o é), mas fazer matar. É a ascensão do necropoder, de uma necropolítica e sua “capacidade de definir quem importa e quem não importa, quem é descartável e quem não é” (MBEMBE, 2016, p. 135).

⁶ Recomenda-se a aula da professora de Letras e pós-doutoranda em Filosofias Africanas Aza Njeri, proferida no ‘Curso Livre África e sua Diáspora: História e Cultura’, realizado no ano de 2018 e organizado pela União dos Estudantes Africanos e da Diáspora, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UEAD/UFRJ).

Essa exclusão em massa pode também se configurar como extermínio, o que estaria fortemente ligado ao conceito de necropoder postulado por Mbembe. Com base nisso, é possível estabelecer conexões e pensar em outra terminologia para o que se considera como morte, sobretudo naquela que diz respeito ao processo de encarceramento dos indesejáveis. Presume-se que há uma morte-fim e uma morte-meio. Enquanto a primeira parece ser óbvia, sendo nada mais nada menos do que a interrupção completa da vida; a segunda terminologia fala justamente do meio, ou seja, de um conjunto de práticas que visam a retirada dos direitos de determinados grupos populacionais.

A morte seria um fenômeno maior, como se possuísse tentáculos que, a depender da vulnerabilidade de um grupo ou de seus membros, seria capaz de capturar os modos de viver – a morte-meio – e até mesmo chegar ao seu ápice – a morte-fim. Para os “desviantes-viventes”, haveria uma espécie não mais de vida, mas sim de sobrevivida.

Nesse sentido, estaria em curso, conforme sinaliza Flauzina (2008), o genocídio da população negra. Em suas análises, utilizando as reflexões de Vilma Reis e de Edna Roland, a autora aponta como um dos ângulos do genocídio a própria distribuição espacial na cidade, no caso, a do corpo, da população negra. Para ela, o processo de silenciamento e de exclusão dos negros se vincula às desigualdades sociais e ao fenômeno da pobreza. Essa população, historicamente, passou a ser vista como não detentora de direitos, como sujeitos de segunda classe, e foram direcionadas a terem como seu *locus* o gueto, as periferias, os espaços marcados pela precariedade produzida, de forma estrutural e proposital, pelo Estado. Eis aí a naturalizada amálgama da pobreza com a negritude (SANTOS, 2004).

Sobre o racismo, a exclusão e o genocídio da população negra, vale a pena inserir, na íntegra, o entendimento de Borges (2018, p. 16-17) quanto ao encarceramento em massa, que diz:

Tanto o cárcere quanto o pós-encarceramento significam a morte social destes indivíduos negros e negras que, dificilmente, por conta do estigma social, terão restituído o seu status, já maculado pela opressão racial em todos os campos da vida, de cidadania ou possibilidade de alcançá-la. Esta é uma das instituições mais fundamentais no processo de genocídio contra a população negra em curso no país.

Inegavelmente, há uma massa de sujeitos indesejáveis em vários âmbitos, sendo ela o efeito de um processo com capacidade para desaguá-la, principalmente a população negra, no nefasto sistema prisional – expressão e produto do modo capitalista de produção. A partir disso, é possível conjecturar que o encarceramento em massa é um estratagema que incide no corpo coletivo, em populações específicas da nossa sociedade, a saber, negros, pobres, periféricos, desviantes das normas e todo aquele que pode ser classificado como inimigo da ordem.

O encarceramento em massa não é um acontecimento isolado, um fato social fragmentado ou desarticulado. Dito de outro modo, ele não se resume exclusivamente ao momento em que a massa de indesejáveis adentra aos equipamentos físicos que compõem o sistema prisional dando-lhe corpulência.

Sua funcionalidade é maior e consiste em ditar as regras e quais indivíduos deverão ser (re)encaminhados para o sistema prisional. Mesmo sendo um componente, um fio condutor e um produto da lógica punitiva presente no tecido social, o encarceramento em massa não só exclui como sentencia os indivíduos a um regime de invisibilidade, transformando-os agora em massa, em um corpo homogeneizado, apesar de suas diferenças, histórias e pluralidades, reforçando o estigma que os marca, especialmente os privados de liberdade.

Esse estigma e essa anulação das diferenças dos diferentes são úteis para o exercício do poder. O encarceramento em massa é como uma máquina que não para de girar, como uma roda viva. É como um abutre faminto, como um animal sedento por exclusão e que tem como lema encarcerar, encarcerar e encarcerar.

Uma das subestratégias utilizadas para a difusão da lógica do encarceramento e fortalecimento do dispositivo prisão é, sem dúvidas, o aparato midiático. Por possuir capilaridade para penetrar corações e mentes, a mídia se tornou um braço da indústria de produção do medo e da vingança, forjando subjetividades. É na égide do discurso e da valorização do dito “cidadão de bem” que se constata o anseio por exclusão, punição e até mesmo o extermínio do outro, visto como transgressor das leis do Estado, bem como da moral e dos bons costumes e, portanto, indesejável para o convívio social.

Diuturnamente, esse aparato apregoa a crueldade para os indesejáveis. É o que Batista (1990, p. 19), a respeito dos “Punidos e Mal Pagos”, chamou de “a mídia da morte em horário gratuito”. No entendimento do autor, o interesse no extermínio desses desviantes se daria não só no sentido literal, ou seja, a morte em si, mas também numa "morte civil", representada por uma destituição de direitos. É o que também diz Alvarenga Filho (2010, p. 133), ao afirmar que “a mídia é efeito e, ao mesmo tempo, (re)produtora deste cenário no qual o Estado de direitos é vivido enquanto Estado de privilégios para poucos”. Mais uma vez, eis aí a exemplificação do que se postulou como morte-meio e morte-fim.

É importante ressaltar que a mídia, como uma potente arma de produção de subjetividades, difunde o dispositivo prisão tanto para os que são intitulados, ou que se autointitulam cidadãos de bem, como para os punidos e mal pagos, aqueles que estão em situação de sobrevivência e que são alvo das tecnologias de morte meio e/ou morte-fim.

É o que se evidencia nas leituras de Batista (2008), sobre o papel da mídia em fortalecer a lógica punitiva, e de Augusto (2010), acerca da lógica do tribunal, que fundamentaram um trabalho que narra uma experiência no sistema prisional de Pernambuco. Diz o fragmento:

Estava acompanhando a equipe de saúde na tarefa de reavaliação de casos. Numa das celas, antes mesmo da entrada, estranhei o burburinho atípico. Vozes exaltadas e até gritos podiam ser ouvidos. Parecia que assistiam uma partida de futebol na pequena televisão daquele espaço. Para o meu total espanto, o entretenimento do dia era um programa policiaisco local, desses que trabalham com a lógica jornalística sensacionalista do *espreme-que-sai-sangue*. Dentro da cela, os privados de liberdade assistiam e aplaudiam mais um caso trivial desse tipo de jornalismo: a apreensão de drogas que decretou a prisão de um jovem negro morador da periferia da região metropolitana do Recife. Diziam: “Isso mesmo. Cabra safado. Tem que ser preso e aprender a ser homem direito”. De repente, aquela cela insalubre, com aqueles corpos reduzidos à sobrevivência, tornou-se um estranho tribunal onde cada um, na condição de acusador e julgador, julgava e condenava, com certa dose de desavergonhada alegria, um jovem tão preto e tão pobre como eles. (LIMA; ALVARENGA FILHO, 2018, p. 123).

Se a mídia é uma das subestratégias para perpetuação do dispositivo prisão, produzindo subjetividades, é inevitável não a considerar na propagação de informações que corroboram com a lógica da periculosidade. Não basta apenas mencionar se o indivíduo, ou até mesmo o grupo ao qual ele pertence, é desviante. Não basta inserir uma considerável parcela da sociedade em espaços de vulnerabilidade, colocando-a à margem dos direitos, é preciso rotulá-la como perigosa, como àquela que atenta aos ideais do Estado e da moral e dos bons costumes. (COIMBRA, 2001).

Nesse bojo, surge a questão das drogas, que não pode ser resumida à saúde, ou melhor dizendo, como uma problemática da área da saúde, ou até mesmo como um “desafio” da ordem jurídica, de transgressão às leis instituídas pelo Estado. A droga deve ser entendida como uma questão social complexa e que merece debates em vários seguimentos.

Ora, é o próprio Estado que, ao se apropriar da função de julgar, estabelece parâmetros para o convívio social, graças ao arcabouço tecnocrático proveniente do campo científico que, no caso das drogas, tem no Direito Penal sua maior expressão.

Não somente por estar atrelada à lógica do mercado, de consumo, movimentando o capitalismo, a droga também é utilizada, no Direito Penal, como subterfúgio que autoriza a exclusão dos indesejáveis, ou seja, para os que não são interessantes para o mercado. No combate às substâncias ilícitas e tudo aquilo que se relaciona a esse processo, o que se tem é uma guerra às drogas. Assim, esse teor bélico, que produz um inimigo do Estado – os ditos traficantes e os que fazem uso e consomem a droga ilícita –, cria alianças com o campo da moralidade. Logo, é uma questão complexa, de dimensões políticas e religiosas (BATISTA, 2008).

Essa conexão entre uma dimensão política e moral-religiosa também é expressa por Valois (2016, p. 23). Para o autor:

Falar de tráfico de drogas ganhou a conotação existente quando se falava de bruxaria antes do século XVII, falar em descriminalização das drogas sugere subversão, indica perversão para quem, sem instrução, segue pensando a questão dessas substâncias só pelo que ouviu falar.

Como efeito, a guerra às drogas acirra o aparato punitivo, principalmente nos territórios vulneráveis onde estão localizados os grupos, também vulneráveis, já estigmatizados: o negro, o pobre, o periférico, o jovem sem escolaridade. É uma guerra que também abre espaço para o aumento das investidas policiais, gerando insegurança e amplificando a corrupção necessária para sua materialização, sendo um dispositivo basal para o extermínio, o genocídio da população negra (BORGES, 2018).

A questão das drogas é paradoxal, pois ao mesmo tempo em que é utilizada para extirpar os desviantes do convívio societário por ser entendida como perigosa e atribuir essa mesma qualidade aos que têm relação com ela, a droga também tem como finalidade retirar outros direitos, como a circulação pela pólis.

Em outros termos, a guerra às drogas, direcionada para os pobres, os periféricos e, especialmente, para a população negra, tornou-se pretexto para a investida policial ou de outros agentes do Estado também responsáveis pela vigilância e controle dos corpos que terão foco não somente numa possível apreensão de substâncias ilícitas, mas também na supressão de direitos. É o que elucida o texto de Gabrielle Nascimento, sobre o Grupo de Intervenção Rápida (GIR) do sistema penitenciário paulista e como isso faz do corpo dos jovens negros o laboratório para o aprimoramento das práticas de tortura (NASCIMENTO, G., 2018).

A autora menciona que a Secretaria de Administração Penitenciária do estado de São Paulo estabeleceu contratos com empresas privadas para aquisição de armas não letais que instrumentalizassem o GIR (NASCIMENTO, G., 2018). Nota-se a união entre as políticas de segurança (ou seria de insegurança?), autorizadas e sustentadas pelo Estado, e o próprio mercado.

Ainda em sua explanação, Gabrielle Nascimento (2018) cita como a Guarda Civil Metropolitana paulistana (GCM) passou a trabalhar num formato similar ao GIR, mais especificamente na região da Cracolândia, onde a limpeza das praças consistia em retirar as pessoas em situação de rua com jatos d'água e quando elas retornavam ao espaço ocorria uma série de investidas contra seus corpos, sendo revistadas com o auxílio de cães e de outros apetrechos comuns para a repressão coletiva. Todavia, a revista tinha como objetivo não a

apreensão das drogas, mas impedir que aquelas pessoas se instalassem permanentemente nas praças, proibindo e retirando delas colchões e tendas.

Face a isso, cabe ratificar, neste trabalho, dois conceitos já mencionados: o entendimento de Bauman (2005) sobre lixo humano, das vidas refugadas, descartáveis para o sistema capitalista, bem como o que Agamben (2004) considerou como vida nua – da supressão dos direitos –, a despeito do arcabouço legal que diga o contrário mediante a existência do que se chama de um Estado Democrático de Direitos. Limpar a praça, retirar de maneira violenta a população em situação de rua, expressa a punição e a lógica higienista vigente e necessária para a invisibilidade dos sujeitos (PAIVA et al., 2016).

É importantíssimo frisar que determinadas investidas do Estado, diante da problemática do universo das drogas ilícitas, foram produzidas em governos considerados democráticos, ou melhor dizendo, progressistas. É o que Gabrielle Nascimento (2018) coloca, ao sinalizar que o GMC paulistano se deu na gestão de Fernando Haddad. Da mesma forma, a Lei de Drogas, que hoje tornou-se ferramenta jurídica para o encarceramento em massa de jovens periféricos e negros, foi sancionada na gestão do então presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Mesmo diante de governos progressistas, com uma visão outra a respeito das políticas de bem-estar social, o que se observa é uma gestão da barbárie, onde não ocorre um abalo concreto dos pilares que sustentam as multifacetadas desigualdades sociais (MENEGAT, 2017).

Essa contradição, isto é, a existência de um governo considerado progressista e a manutenção das desigualdades sociais, não é uma exclusividade brasileira. O aumento vertiginoso do encarceramento em massa da população negra estadunidense ao longo das últimas décadas exemplifica tal contrassenso.

Apesar da ascensão ao poder de Barack Obama, homem negro e filiado ao Partido Democrata, não foram adotadas estratégias para transpor os problemas do racismo estrutural que colocou os Estados Unidos da América no topo do ranking mundial quando o assunto é o número de pessoas privadas de liberdade, tornando seu gigantesco sistema prisional como instrumento para o genocídio da população negra (ALEXANDER, 2017).

A partir dos conceitos apresentados, conclui-se que a exclusão dos indesejáveis é um procedimento que se prolonga na história, com mecanismos sofisticados. Eles transmutam a garantia de direitos em supressão ou anulação total deles. Essa exclusão tem capacidade de amplificar os fenômenos do viver em morte – a morte-meio e a morte-fim. Assim, esta massa, composta principalmente pela população negra, é produzida em série e levada em direção a um matadouro específico: o sistema prisional. O dispositivo prisão é, ao mesmo tempo, produção e (re)produtor de subjetividades, sendo agudizado pelo aparato midiático.

4.5 UMA COMPREENSÃO DE POLÍTICA E DE SAÚDE

A ação de rotular, nomear, classificar e definir, ou qualquer outro verbo correlato a esses, parece ser necessário e faz parte do nosso cotidiano. Foucault (1996) postula o discurso como produtor de realidades. Portanto, é importante considerar que, ao discorrer sobre saúde no contexto prisional, principalmente na reflexão de uma política específica, estaremos diante de um emaranhado de narratividades. Apresentam-se dois termos que se mesclam – saúde e política – e, evidentemente, parece impossível considerar todos os sentidos desses termos, mas é preciso expor uma compreensão, uma aliança teórica – mais ampla, porém não totalizante – a respeito deles. Por isso, coube um derradeiro tópico desse referencial teórico que embasa esta pesquisa. Se o interesse é analisar uma política de saúde, qual seria o entendimento sobre política e de saúde?

A ideia de política é comumente associada aos governos, ou melhor, ao papel desempenhado pelo Estado, visto como detentor exclusivo do poder, como se esse fenômeno fosse, de fato, exclusivo ou precisamente localizado. Algo que não é, como bem sabemos.

Baptista e Mattos (2015), em menção ao pensamento de Arendt (2009), enfatiza que a política não é natural, que não diz respeito, somente, ao poderio e ações do Estado e de seus agentes, mas algo que surge em relação, que se dá na relação entre os homens, tendo como sentido maior a liberdade.

No que diz respeito à terminologia a ser adotada ao analisarmos uma política, Arendt (2009) afirma ser comum nos estudos com esse teor a utilização do termo ator e/ou atores. Todavia, Baptista e Mattos (2015) consideram o termo sujeito como o mais adequado, pois o ator pode ser o que está em cena, seguindo um roteiro pré-determinado, diferentemente do sujeito, que forja realidades e ao mesmo tempo é forjado, trazendo suas implicações, o seu componente subjetivo, sem seguir um roteiro já determinado, entendimento esse que se conecta aos preceitos da A.I.

Da mesma forma, o termo saúde é entendido, quase que imediatamente, como sinônimo de ausência de doenças. E por mais que o contrário disso seja largamente difundido, tem-se aí uma armadilha que pode nos capturar. Portanto, é imprescindível reafirmar, sistematicamente, que quando se fala de saúde refere-se a um processo complexo, como o processo saúde-doença, que não se restringe ao biológico, mas como expressão dos contextos históricos, sociais e econômicos como componentes que incidem no corpo, individual e coletivo, determinando a saúde (BARATA, 2001).

O processo saúde-doença demanda expor o entendimento sobre o que seria saúde e o que seria doença. O entendimento é de que ambos são expressões da vida como um processo dinâmico, que não estão dissociados e que também se retroalimentam. Portanto, a primeira afirmativa a ser feita diz respeito a saúde e doença como intimamente ligadas, expressões de um processo.

Na célebre obra “O Normal e o Patológico”, o filósofo Georges Canguilhem (2009, p. 62) discorre sobre o conceito de normatividade vital, diz o autor:

Se é verdade que o corpo humano é, em certo sentido, produto da atividade social, não é absurdo supor que a constância de certos traços, revelados por uma média, dependa da fidelidade consciente ou inconsciente a certas normas da vida. Por conseguinte, na espécie humana, a frequência estatística não traduz apenas uma normatividade vital, mas também uma normatividade social. Um traço humano não seria normal por ser frequente; mas seria frequente por ser normal, isto é, normativo em um determinado gênero de vida.

Canguilhem abre caminhos para a compreensão de que a doença, entendida aqui como a debilidade do corpo orgânico, também é expressão do viver e por isso deve ser vista como um fenômeno possível para os organismos. Assim, o que consideramos como patológico, que já nos traz uma valoração negativa, deve ser entendido como tal somente a partir da normatividade social.

Ademais, a reflexão acerca do que é normal e patológico abre caminhos para transpor o estigma que alguns sujeitos com determinados agravos sofrem. Dito de outro modo, faz-se premente olhar o diferente, aquilo que não corresponde curvas de normalidade, como expressão possível da vida. O processo saúde-doença tem como premissa compreender que o entendimento sobre o que é saúde e o que é doença se dá em diferentes tempos e espaços.

É imprescindível entender a narrativa desses conceitos, ou melhor, a narrativa que foi criada ao longo da história para cada um deles. Por isso, deve-se estar alerta quanto ao entendimento do sentido da política presente no pensamento arendtiano.

Curiosamente, como vimos, a ideia de política trazida pela filósofa judia-alemã é fundamentada na liberdade. Esse entendimento não coaduna com a ideia de privação, pois privar nada mais é do que proibir, impedir. Assim, seria possível analisarmos uma política de saúde, interessada na garantia de direitos, para o contexto de privação, que cessa um direito específico, o da liberdade, mas que no campo real do sistema prisional brasileiro, por exemplo, tem interesse na cessação de outros direitos?

5 PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico desta pesquisa teve como base os preceitos da Análise Institucional (A.I.). Posto isso, entende-se o método como parte que deve ter a porosidade para colocar em análise os modelos cristalizados que podem, em alguns momentos, invalidar a fluidez de uma pesquisa. Esse é o pilar da corrente teórica que respalda o método adotado, uma vez que constantemente nos deparamos com formas instituídas e movimentos instituintes que se mesclam e formam a instituição. Ao invés do modo habitual de se fazer pesquisa, onde é preciso conhecer para transformar, defende-se em uma perspectiva metodológica com base na A.I., em que o mais importante é justamente o contrário disso, ou seja, importa transformar para conhecer (COIMBRA, 1995).

Nesse novo prisma de trilhar o caminho, onde a transformação é o que possibilita o conhecimento, entendemos que a definição de um objetivo geral, bem como a dos objetivos específicos e de outras partes de um estudo científico, é uma etapa que pode ser alterada por conta dos encontros surgidos no trajeto, no próprio ato de pesquisar. E foi exatamente o que ocorreu neste estudo. Foi necessário escapar do que Mattos (2015, p. 33) nomeou como “horror metodológico”, na tentativa de compreender o método científico como um “esforço sistemático de crítica (de autocrítica e de crítica dos outros)”. Ainda segundo o autor:

As nossas escolhas sobre as contribuições teóricas que utilizamos nem sempre são a priori. Algumas vezes, identificamos no pleno curso de uma investigação, contribuições que nos parecem ser muito úteis em nosso trabalho, mas que não foram cogitadas por nós anteriormente. (MATTOS, 2015, p. 48).

Diante de um método que interferiu consideravelmente nos objetivos inicialmente construídos, foi possível uma capacidade mais ampla de análise da política elencada. A fluidez da pesquisa, isto é, o(s) processo(s) para compreender desmontes e até mesmo (re)configurações do que fora inicialmente estabelecido, foi possível graças à preocupação com os encontros oriundos nesse trilhar metodológico, cabendo estar atento a tudo aquilo que trouxesse desafios, incômodos e interrogações (MENDES; PEZZATO; SACARDO, 2016).

Essa tática não significou estar à deriva. Houve a definição de duas etapas para o estudo, sendo elas o momento de análise documental – a fim de compreender o arcabouço legal, de documentos oficiais e técnicos que tratassem, direta ou indiretamente, da política de saúde prisional no estado Pernambuco e outros textos afins – e a etapa de trabalho de campo, onde foram realizadas as entrevistas com os membros do Grupo Condutor da política na unidade federativa supracitada. Através da análise documental e ancorado na perspectiva teórica adotada, traçou-se um roteiro para as entrevistas, sem perguntas fechadas, mas com tópicos que

deveriam ser abordados junto aos sujeitos. Antes da exposição desse percurso da operacionalização do estudo, convém sinalizar a sua natureza, a sua estrutura e seu enquadre nos modelos metodológicos já conhecidos.

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso, pautado pela abordagem qualitativa, face ao grau de profundidade e de múltiplos olhares requeridos para atingir os objetivos – geral e específicos – definidos. A natureza da pesquisa é qualitativa, justamente por envolver o universo de significados e valores e intencionalidades, não se limitando a aspectos meramente quantificáveis (MINAYO, 2013). Além disso, a pesquisa qualitativa parece ser a mais coerente, por considerar várias abordagens e métodos, inclusive a participação do pesquisador como elemento da produção de conhecimento (FLICK, 2009).

Por sua vez, o estudo de caso foi o mais indicado no desenho deste trabalho de pesquisa, por ser o que visa o aprofundamento sobre determinado objeto, além de possuir rigor, porém sem ser rígido, quanto aos procedimentos adotados (GIL, 2002). O estudo de caso também se tornou viável, uma vez que é comum na produção científica a sua utilização para estudo de fenômenos complexos (YIN, 2001). Assim, essa característica do estudo de caso – sua não rigidez – se conecta ao que fora postulado como pilares para a pesquisa.

5.2 PERÍODO DO ESTUDO

A política de saúde estudada foi promulgada em janeiro de 2014. Por esse motivo, a pesquisa teve como referência o período de 2014 a 2018, mas que evidentemente considerou o contexto histórico da política de saúde prisional no Brasil e no estado de Pernambuco, isto é, a abertura para compreender marcos anteriores, mas sem perder o foco no período estipulado.

5.3 SELEÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

Para compreender a política de saúde elencada, a pesquisa teve como área de estudo o sistema prisional do estado de Pernambuco visando compreender o desenvolvimento da PNAISP no estado a partir da perspectiva dos membros do seu Grupo Condutor.

5.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população de referência e quantitativo elencado envolveu o Grupo Condutor da PNAISP, no âmbito do estado de Pernambuco, que é coordenado pela SES-PE. Esse grupo, conforme estabelecido pela já citada Portaria Interministerial que promulga a PNAISP, deve ser composto por outros sujeitos além das Secretarias de Saúde. No caso de Pernambuco, o Grupo Condutor é também formado por representantes da SERES e do COSEMS-PE. Cabe destacar que, em todo o período de realização da pesquisa, não houve no Grupo Condutor da PNAISP em Pernambuco a presença do apoiador institucional do Ministério da Saúde, outro sujeito-membro citado no texto legal da PNAISP.

Ao todo, foram entrevistados cinco sujeitos, com experiência na gestão da saúde prisional do estado, conforme se vê no quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos entrevistados quanto ao vínculo Institucional, formação e tempo de atuação no sistema prisional.

Órgão representativo e número de entrevistados(as) (entre parênteses)	Curso de Formação/Graduação dos(a) Entrevistados(as)	Tempo de atuação no sistema prisional
SES-PE (1)	Odontologia	10 anos
SJDH/SERES (3)	Odontologia	04 anos
	Psicologia	04 anos
	Pedagogia	04 anos
COSEMS-PE (1)	Enfermagem	04 anos

Fonte: O autor, 2019.

Foi escolhido um pseudônimo para cada um dos entrevistados e, para resguardar o sigilo dos sujeitos, bem como suas falas, optou-se por não expor no quadro acima a qual órgão/representação esses sujeitos, a partir de seus pseudônimos, estariam vinculados.

Cabe aqui um adendo: os pseudônimos são nomes de alguns estabelecimentos penais do sistema prisional do estado. Alguns desses equipamentos estão localizados fora da capital. Essa escolha foi proposital, justamente para dar visibilidade ao que já é invisível dentro do próprio esquema de invisibilidade, onde geralmente há um maior suporte e destaque para as unidades prisionais que estão localizados na região metropolitana do Recife.

5.5 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

Para atender a cada um dos objetivos específicos da pesquisa, adotou-se, como instrumento e técnica de coleta de dados, entrevistas abertas, com base em um roteiro com alguns tópicos já pré-estabelecidos.

A etapa de entrevista com os sujeitos do Grupo Condutor da PNAISP visou acompanhar processos, muito mais do que meramente coletar informações. Nessa valiosa etapa, buscou-se acessar a experiência a partir dos momentos do silêncio, da entonação da voz do entrevistado, da velocidade, dos assuntos que aproximavam e que afastavam, que inviabilizavam ou possibilitavam o diálogo. Assim, “a fala deve portar os afetos próprios à experiência” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013, p. 304). Desse modo, as entrevistas do tipo aberta tem como característica um tom informal, mas não sem rigor, o que possibilitou maior profundidade quanto ao tema (MINAYO, 2013).

5.6 CAMINHOS PERCORRIDOS: O MÉTODO ENQUANTO EXPERIMENTAÇÃO

O método enquanto experimentação aborda as duas etapas do estudo, sendo elas a da análise documental e a das entrevistas. A experimentação se deu justamente pela atenção e valorização da fluidez do caminho da pesquisa, o que demandou criar estratégias para uma melhor apuração dos dados encontrados. Esse percurso é descrito nos tópicos a seguir.

5.6.1 Sobre a análise documental

Na primeira etapa – a de análise documental – foram vistos os documentos oficiais, tanto do Ministério da Saúde como do Ministério da Justiça, especialmente o deste último órgão, através dos relatórios produzidos pelo INFOPEN (BRASIL, 2017b), uma vez que o Ministério da Saúde não possui relatórios específicos que tratem da saúde no contexto prisional no domínio público. Outros documentos também foram visitados, tais como manuais, as resoluções da Corte Interamericana de Direitos Humanos (CorteIDH/OEA) e algumas produções do governo do estado de Pernambuco.

Esse momento do estudo foi crucial para uma maior aproximação do tema e para vislumbrar os elementos fundamentais para a definição do roteiro, ou melhor dizendo, dos tópicos a serem abordados na fase das entrevistas. Os principais documentos visitados estão listados no Apêndice A deste trabalho.

5.6.2 Sobre as entrevistas

Para a segunda etapa da pesquisa, cabe informar que as entrevistas ocorreram no período de fevereiro a maio de 2019 e foram, em boa parte, realizadas nas dependências da Secretaria Estadual de Saúde e da Secretaria Executiva de Ressocialização. Além desses locais, outras entrevistas só foram possíveis fora do espaço institucional, após inúmeros encontros e desencontros, devido à agenda de alguns dos sujeitos entrevistados.

Houve um considerável espaçamento temporal entre a aprovação da pesquisa no Conselho de Ética e a realização do trabalho de campo, das entrevistas. Isso se deu por alguns motivos, dentre os quais se destacam a dificuldade de agendamento com os sujeitos a serem entrevistados, inclusive face às situações inusitadas, onde membros do grupo condutor anteriormente acionados e convidados a participarem da pesquisa foram exonerados. Por isso, foi preciso aguardar o refazimento institucional, de chegada de novo gestor que compusesse o grupo condutor. Houve também situação em que um dos entrevistados foi exonerado pouco tempo depois de conceder sua entrevista.

Além dessa particularidade, de mudanças na composição dos membros do grupo condutor e como isso interferiu no período de realização das entrevistas, outro detalhe também merece destaque. Alguns dos entrevistados se mostraram preocupados, indagando ao final do encontro quais informações prestadas seriam utilizadas na pesquisa. Isso reforça o quão arenoso se torna uma pesquisa no âmbito prisional e em quaisquer outras que retratem a realidade de uma política pública, justamente por exhibir tensões e relações de poder que podem, inclusive, efetivar a saída de um(a) servidor(a).

Mesmo com um roteiro criado após a análise documental, a duração dos encontros variou de 64 a 120 minutos, possivelmente por se tratar de entrevistas abertas e com tópicos diversos. Além disso, nos encontros que ocorreram no espaço institucional das duas secretarias visitadas – a de Saúde e de Ressocialização – houve pequenas interrupções na entrevista, tais como ligações, entrada de funcionários solicitando a leitura ou assinatura de documentos institucionais e outras demandas para o gestor, uma vez que o(a) entrevistado(a) pertencente ao Grupo Condutor é geralmente alguém que ocupa um lugar de chefia na condução da política estadual de saúde prisional.

Vale frisar que essas interrupções fizeram parte do processo, mesmo com a ciência do corpo técnico dessas secretarias de que os gestores entrevistados estariam em “reunião” e que não poderiam ser acionados. Todavia, essa situação das pequenas interrupções não

prejudicaram o intento do encontro, suas etapas posteriores e, principalmente, as análises e resultados das informações coletadas.

Cabe destacar que um dos encontros ocorreu fora do espaço de trabalho do entrevistado, devido a sua agenda com poucos horários disponíveis. Essa entrevista, em particular, foi realizada em um espaço aberto, mais especificamente em uma praça de alimentação. Inicialmente, houve a preocupação com a garantia do sigilo e com a qualidade dos dados apresentados, uma vez que a conversa se daria em um lugar aparentemente tumultuado. Curiosamente, foi sem dúvida alguma a entrevista com maior grau de profundidade, ou seja, onde o entrevistado pareceu confortável, livre e sem reservas em suas respostas, oferecendo de maneira clara e objetiva dados significativos para a pesquisa e melhor entendimento da PNAISP no estado de Pernambuco.

Foi na etapa de transcrição das falas que começaram a emergir possíveis categorias de análise que dialogassem com os objetivos, que, como já exposto, não eram engessados. Certamente, a pergunta condutora fez jus ao seu adjetivo, pois foi realmente o fio condutor do estudo, dando contorno e estabilidade à dinâmica viva e repleta de surpresas da pesquisa.

Realizada a transcrição das falas de cada entrevista, foi criada uma tabela geral contendo uma coluna com a pergunta realizada (verificando sua conexão com o roteiro) e uma outra com a resposta literal do entrevistado. Assim, foi possível observar se a pergunta de fato atendia a um dos objetivos forjados e, na visualização da resposta, quais outros elementos eram disruptivos, inaugurando a necessidade de maior aprofundamento ou até mesmo de perceber outros temas até então não previstos.

Logo, uma terceira coluna foi criada, buscando extrair da resposta palavras-chave ou falas emblemáticas ou temas que a representassem. Algumas das falas emblemáticas foram utilizadas nos resultados do estudo por exemplificarem determinados aspectos da política, sendo utilizadas, inclusive, em títulos e subtítulos no decorrer do texto. Por sua vez, avaliava-se a qual objetivo do trabalho a resposta respondia e, se não, o que emergia de novo na fala transcrita. Essa tática pode ser vista no exemplo dos quadros a seguir que descrevem, de forma abreviada e em recortes, a pergunta, a resposta dos sujeitos, as falas emblemáticas (destacada em outra cor), e o teor contido nas falas alguns dos entrevistados.

Quadro 2 – Perguntas, Respostas, Teor das Falas e Falas Emblemáticas – Entrevistado 1

Pergunta	Resposta / Fala emblemática destacada	Teor da fala
Há quanto tempo você está na gestão?	Eu escolhi estar nessa área da saúde prisional. Eu tenho investido ao longo desses últimos 10 anos da minha vida profissional na questão da PPL. Nesta época o que tinha de normatização da questão de saúde do sistema prisional era o Plano Nacional de Saúde, que tinha assim muitas dificuldades de operacionalização, o valor de financiamento irrisório e que a gente levava assim com muita dificuldade essa questão da saúde no sistema prisional.	Histórico da Política de Saúde Prisional (Sobre a PNSSP)
Você falou dessa característica – a do encarceramento em massa – e da precariedade do sistema. O que a Saúde faz diante disso, na sua opinião?	O encarceramento em massa piora tudo, porque eu não quero acreditar que o povo do meu país é um povo pior do que o povo do resto do mundo. Se a gente for ver o percentual nosso de encarceramento, é um dos maiores do mundo. A gente se assemelha muito ao modelo americano, só que o americano tem prisões para dar uma solução depois. Embora seja um modelo cruel também. Quando a gente encarcera muito sem a mínima condição [...] porque aí lá vem outro problema [...] a mínima condição de sobrevivência digna, isso não mexe só com a questão pessoal, moral, de cidadania do ser humano, como mexe fundamentalmente com as questões de saúde.	Encarceramento em Massa

Fonte: O autor, 2019.

Quadro 3 – Perguntas, Respostas, Teor das Falas e Falas Emblemáticas – Entrevistado 2

Pergunta	Resposta / Fala emblemática destacada	Teor da fala
A Política exige a existência de um Grupo Condutor. Como avalia essa exigência e qual a contribuição do seu órgão no Grupo Condutor?	A intenção é de que se tenha uma gestão compartilhada. Aqui em Pernambuco, a gente teve alguns contratemplos na condução do Grupo Condutor. Você se reunia e já era bem focal, pra atender uma demanda, um problema de uma unidade. A reunião era pra resolver pontos focais, não estava se reunindo pra pensar, por exemplo: a gente iniciou 2019 e como vai funcionar a saúde no sistema prisional? A gente precisa trazer outros parceiros para o Grupo Condutor.	Sujeitos da Política (O Grupo Condutor)
Você falou de muitos desafios e de muitos avanços. Qual seria o maior desafio para quem está na gestão?	O maior desafio é fazer um atendimento 100% para população. Não dá para ficar com 11 profissionais numa rotatividade que eu tenho todo dia de 30 a 40 pessoas novas entrando, com mais 3 mil lá dentro para ser atendido e ficar com profissionais funcionando até as 5 horas da tarde. Os profissionais chegam no outro dia para atender a demanda e não vão conseguir atender nunca.	O Desenvolvimento da PNAISP (Desafios para a Integralidade)

Fonte: O autor, 2019.

Quadro 4 – Perguntas, Respostas, Teor das Falas e Falas Emblemáticas – Entrevistado 3

Pergunta	Resposta / Fala emblemática destacada	Teor da fala
O financiamento da PNAISP é uma pauta de discussão dentro do Grupo Condutor?	Sempre está discutindo questão do financiamento, apesar de não ser, na sua grande maioria, um valor atrativo para que diga assim: compensa você (o município) financeiramente assumir. A gente sabe que o recurso financeiro que se recebe não é um recurso que dá para dar conta de uma política integral e num local tão complexo quanto o sistema prisional.	O Desenvolvimento da PNAISP (Sobre o financiamento da política)
Que outra dificuldade de você observa?	O estigma que as pessoas têm em relação às pessoas privadas de liberdade. De querer privar de todos os direitos, não só do direito de ir e vir. Acho que isso também é muito complicado. Acaba tendo uma repercussão, se você faz uma atividade, por exemplo: a gente teve atividades que eram de grande porte e que a gestão apoia que você faça, mas não é interessante que seja divulgado, porque [...] Será que é uma mídia positiva ou negativa pra uma gestão investir em saúde prisional? Existe esse estigma. Você vai ali, faz, mas não divulga, porque o que vende é mostrar o lado negativo, o lado das rebeliões, da violência. Quando a gente tem atividades positivas, a gente não divulga.	O Estigma que sofre a PPL e o Papel da Mídia

Fonte: O autor, 2019.

Quadro 5 – Perguntas, Respostas, Teor das Falas e Falas Emblemáticas – Entrevistado 4

Pergunta	Resposta / Fala emblemática destacada	Teor da fala
Sobre a SES-PE ficar responsável pela seleção de profissionais e não mais a SERES. Como foi esse acordo?	olha [...] nada no sistema prisional é fácil. Tem que ser muito diálogo. Tem que ser assim em todo canto, mas dentro do sistema é impressionante. Tem que ter muito diálogo, muito quebra-pau, tem que ter muita [...] pra se chegar a um denominador comum. E se chegou a um denominador nessa questão da seleção, foram ajustando alguns pontos, o número de contratações.	Relações de Poder Os Sujeitos da Política (Desafios e Avanços)
Esse quantitativo do sistema, após as audiências de custódia, vem crescendo ou diminuindo?	A audiência de custódia, hoje, ela vai servir pra quem? Pequenos delitos, pra questão de quando é primário. Só que, se você for ver, a maioria que está indo pra audiência de custódia já tem uma ficha, não é primário. Então, assim, é complicado dizer que a audiência de custódia veio para diminuir o quantitativo das unidades, o quantitativo da entrada de presos. São reincidentes e reincidentes na mesma tipificação criminal. Então, não tem como.	Encarceramento em Massa (o papel das audiências de custódia)

Fonte: O autor, 2019.

Após a construção do enquadre das respostas e perguntas, o passo seguinte foi estabelecer a conexão do teor das falas de cada entrevistado(a) com os objetivos específicos do estudo, conforme se observa no quadro 6.

Quadro 6 – Conexão de blocos narrativos e objetivos específicos

Entrevistado(a) 1		Entrevistado(a) 2		Entrevistado(a) 3		Entrevistado(a) 4	
Tema	Objetivo	Tema	Objetivo	Tema	Objetivo	Tema	Objetivo
Histórico da Política de Saúde Prisional	1	Sujeitos da Política	2	Processo da PNAISP	3	Relações de Poder Os Sujeitos da Política	2
Encarceramento em Massa	1	Processo da PNAISP	3	O Estigma da PPL Papel da Mídia	1	Encarceramento em Massa	1
Objetivos Específicos							
	<i>1</i>	Discutir os aspectos sociais e histórico-contextuais influenciadores da PNAISP no estado de Pernambuco					
	<i>2</i>	Caracterizar os principais atores da PNAISP na perspectiva dos membros do Grupo Condutor					
	<i>3</i>	Analisar o processo da PNAISP no estado de Pernambuco					

Fonte: O autor, 2019.

Obviamente que esse exercício de conectar os temas/assuntos surgidos nas respostas com um dos objetivos específicos foi feito para cada uma das entrevistas. A imagem acima mostra o desdobramento do trabalho realizado nos quadros anteriores e é apenas um recorte para melhor exemplificação.

Foi nesta experimentação, de relacionar blocos narrativos com os objetivos, que apareceram as temáticas balizadoras para as categorias de análise: as formas sociais, ou seja, as instituições construídas historicamente no campo prisional e sua incidência na formulação das políticas de saúde no âmbito das prisões, os sujeitos que operacionalizam a política e como tem sido o desenrolar dessa política específica no estado de Pernambuco.

Quadro 7 – Categorias de análise e objetivos traçados

<p>PERGUNTA CONDUTORA:</p> <p>Como tem se desenvolvido a PNAISP no estado de Pernambuco na perspectiva dos membros do seu Grupo Condutor?</p>	<p>OBJETIVO GERAL:</p> <p>Analisar a PNAISP no estado de Pernambuco na perspectiva dos membros do seu Grupo Condutor.</p>	
<p>CATEGORIAS DE ANÁLISE E RELAÇÃO COM OS OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>A tríade dialética: Instituído-Instituente-Institucionalização</p>		
<p>OBJETIVO ESPECÍFICO 1</p> <p><i>Discutir os aspectos sociais e históricos-contextuais influenciadores da PNAISP no estado de Pernambuco.</i></p>	<p>AS FORMAS SOCIAIS DA EXCLUSÃO DOS EXCLUÍDOS</p> <p>O SISTEMA PRISIONAL E SAÚDE PRISIONAL</p>	<p>A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA</p>
<p>OBJETIVO ESPECÍFICO 2</p> <p><i>Caracterizar os principais atores da PNAISP.</i></p>	<p>OS SUJEITOS DA POLÍTICA</p>	
<p>OBJETIVO ESPECÍFICO 3</p> <p><i>Analisar o processo da PNAISP no estado de Pernambuco.</i></p>	<p>O PROCESSO DA POLÍTICA</p>	

Fonte: O autor, 2019.

Em toda a experimentação até aqui explicitada, buscou-se observar a tríade instituído-instituente-institucionalização. Portanto, mais uma vez, viu-se que não foram os objetivos que definiram o percurso metodológico, mas sim o contrário, apostando numa outra forma de análise dos dados.

[...] ao invés de fazer a leitura dos discursos e práticas procurando neles a presença de categorias prévias (sejam elas ‘controle social’, ‘acolhimento’ ou ‘integralidade’), apreender neles a contingência de categorias (por exemplo, como um conceito prescritivo é colocado efetivamente em prática, pervertido corrompido, alterado), ver categorias que emergem dos discursos (como as pessoas pensam suas ações, suas obrigações, seus objetivos, sem categorias prévias, sem privilegiar determinadas palavras de antemão, sem imaginar, por exemplo, que as diretrizes e princípios são operantes) e descobrir os elementos que permitem categorias serem formadas (quais discursos são imprescindíveis para que outros se sustentem, que práticas antecedem a formação de discursos). Investigar que ‘realidades’, estas práticas criam, que ‘verdades’ são estabelecidas (MATTOIS, 2015, p. 382).

As categorias falam de um afunilamento que vai desde os aspectos mais macros – como as formas sociais, questões culturais e sócio-históricas que permeiam o sistema prisional e o

que se pretende estabelecer enquanto saúde para esse sistema – até chegar no desenvolvimento da política, nos detalhes de como ela vem ocorrendo no sistema prisional. Falaremos brevemente sobre as categorias.

A primeira, intitulada “As Formas Sociais – A Exclusão dos Excluídos” é a que se relaciona com o primeiro objetivo específico. É a categoria que traz dados históricos da PNAISP, inclusive iniciativas anteriores a sua promulgação em 2014, uma vez que a análise de uma política requer compreender o seu desenrolar e atravessamentos históricos, ainda que este estudo tenha se debruçado sobre o período de 2014 a 2018. Essa categoria de análise versa sobre as instituições, tal como concebido na A.I., como, por exemplo, o encarceramento em massa, a mídia enquanto dispositivo que chancela e amplia o discurso punitivo e tantas outras nuances que, somadas, reforçam o lugar de vulnerabilidade das pessoas privadas de liberdade, que já se encontram excluídas do convívio social, estão à margem de certos direitos e são alvo de um processo genocida, especialmente das que são negras.

A segunda categoria de análise é a que traz os sujeitos da política, na perspectiva dos membros do grupo condutor da PNAISP em Pernambuco. Obviamente, o próprio grupo por si só já é tomado como um dos sujeitos da referida política, mas seus membros também apontaram outros tantos que tecem a saúde prisional no cotidiano dos estabelecimentos penais ou até mesmo fora dele.

Já a terceira categoria de análise trata do desenvolvimento da política de saúde prisional no estado, sempre à luz das contribuições e narrativas dos membros do grupo condutor. A operacionalização, os detalhes, os avanços e desafios e até mesmo as expectativas do grupo, diante das transformações políticas e sociais no país, são temas que aparecem nos resultados e que estão intimamente ligados a esse eixo de análise.

6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi devidamente submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães (IAM) e foi aprovada, com base a todos os aspectos éticos descritos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, respeitando os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

O Comitê de Ética e Pesquisa do IAM/FIOCRUZ-PE outorgou a aprovação da pesquisa através do parecer de número 2.806.422, considerando a pesquisa ser pertinente e que “trará benefícios à população carcerária, uma vez que identificará necessidades de melhorias para os ambientes e os serviços empregados a esta população”.

Para o trabalho de campo, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – para os diferentes sujeitos do Grupo Condutor (APÊNDICE B), com o intento de autorizar a utilização das falas.

A partir da Carta de Anuência, direcionada somente da SES-PE – órgão responsável por conduzir a implantação, implementação, monitoramento e avaliação da PNAISP no estado – buscou-se obter os documentos não disponibilizados no portal da SES-PE quanto à PNAISP, como, por exemplo, o Plano de Ação Estadual para Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, documento obrigatório encaminhado ao Ministério da Saúde para a adesão do Estado à política. Todavia, esses documentos não foram disponibilizados, sendo a análise da referida política pautada nas entrevistas e em outros documentos disponíveis.

7 “SAÚDE PRISIONAL SEMPRE FOI UMA COISA A PARTE MESMO”: CONTEXTUALIZAÇÃO DO SISTEMA PRISIONAL E DE SUA(S) POLÍTICA(S) DE SAÚDE

Antes de adentrar nos resultados da pesquisa, conectando-os ao referencial escolhido e com base no percurso metodológico adotado, é preciso contextualizar o sistema prisional brasileiro e pernambucano, bem como as políticas de saúde forjadas para a população privada de liberdade nessas duas esferas. Portanto, nesta parte do trabalho falaremos sobre as principais iniciativas do Estado para garantia do direito à saúde da população privada de liberdade, perante os números e os aspectos desse cenário de terra arrasada atribuído ao sistema prisional. Para tanto, é preciso compreender o perfil, ou melhor, as particularidades desse universo complexo composto por inúmeros estabelecimentos penais e que incide no processo saúde-doença desse público.

De antemão, é preciso demarcar que o sistema prisional pernambucano acompanha a realidade nacional, porém com singularidades que aqui serão destacadas. Tão próximos e tão distantes, é o que se pode afirmar.

Quando se trata das políticas de saúde forjadas no âmbito prisional, analisar o processo da PNAISP no estado de Pernambuco – alvo maior deste trabalho – só é possível se nos atentarmos às características desses dois sistemas prisionais, como, por exemplo, os seus aspectos históricos, a sua estrutura física, o perfil de sua população e os principais agravos de saúde que acometem as pessoas privadas de liberdade.

7.1 “COMO MUDAR ESSES NÚMEROS SE EU TENHO UMA SUPERLOTAÇÃO? NÃO TEM COMO ISSO NÃO INTERFERIR NA SAÚDE DESSAS PESSOAS”: DADOS GERAIS E EPIDEMIOLÓGICOS DO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO E PERNAMBUCANO

De acordo com o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), órgão do Ministério da Justiça e Segurança Pública, enquanto a população brasileira cresceu no período de 1991 a 2016 cerca de 40,36%, a PPL do país aumentou, no mesmo período, mais de 707%.

O Brasil possuía, até 2014, cerca de 622.202 pessoas presas, mas os novos números oficiais do INFOPEN, publicados em 2019 com dados referentes até junho de 2017, mostram um incremento de 16,74%, totalizando 726.354 pessoas privadas de liberdade – 685.929

homens (94,43%) e 37.828 mulheres (5,21%). Desde o levantamento anterior já havia ocorrido a alteração da posição do Brasil no ranking mundial, passando de 4^a para 3^a, ficando atrás somente dos Estados Unidos da América e da China. O Brasil tem hoje uma taxa de 349,78 de pessoas privadas de liberdade para cada 100 mil habitantes e sua PPL está distribuída nos 1.506 estabelecimentos penais do país.

Já em Pernambuco, que desde o último relatório ocupa o 6^o lugar no ranking nacional, tem uma taxa de pessoas privadas de liberdade para cada 100 mil habitantes de 327,25, com uma PPL em torno de 31.001, sendo 29.614 homens (95,52%) e 1.387 mulheres (4,47%), em 78 estabelecimentos penais.

Em comparação ao levantamento anterior, frisa-se que o relatório do INFOPEN publicado no final de 2017, com dados referentes até junho de 2016, mostrava que a PPL do país era de 726.712 – 665.482 homens (91,57%) e 42.355 mulheres (5,82%) – e a de Pernambuco 34.556 pessoas – 32.884 homens (95,16%) e 1.672 mulheres (4,84%). Assim, com base no novo INFOPEN, o que se observa é que houve um aumento no percentual de homens privados de liberdade, tanto no nível nacional como local.

Apesar de um aparente declínio nos números publicados, o panorama do sistema prisional parece ser outro, mostrando que o contingente encarcerado deve ser bem maior. É o que afirma o Monitor da Violência⁷, ao dizer que o número de pessoas privadas de liberdade no país possivelmente ultrapassa a marca dos 750 mil (VELASCO et al., 2019).

Certamente, um dos motivos dessa discrepância dos dados ocorre devido a não atualização dos sistemas de informação por parte dos estados, principalmente no registro do número de pessoas presas nas cadeias públicas. É o que pode ser visto, por exemplo, nos dados do estado de Pernambuco, onde o número de pessoas privadas de liberdade, nesse tipo de estabelecimento penal, simplesmente não foi informado. Logo, o dado quanto ao quantitativo de 31.001 pessoas privadas de liberdade no estado não é fidedigno.

Com relação ao perfil das pessoas presas, além de ser majoritariamente composta por homens, a PPL do Brasil é de jovens entre 18 e 29 anos (54%); negros (63,6%); com baixa escolaridade, onde se considera os alfabetizados e os que chegaram até o ensino fundamental, mas que não concluíram (54,75%); e solteiros (55,42%).

Esse perfil nacional se aproxima com o de Pernambuco, onde os jovens entre 18 e 29 anos configuram 62,49%; os negros 80,39%; os com baixa escolaridade, onde se considera os

⁷ O Monitor da Violência é uma plataforma das organizações Globo em parceria com o Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo (NEV/USP) e com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP).

alfabetizados e os que chegaram até o ensino fundamental, mas que não concluíram (54,46%); e os solteiros 46,76%.

As unidades prisionais da referida unidade federativa são geridas pela Secretaria de Justiça e Direitos Humanos de Pernambuco (SJDH-PE) por intermédio de uma Secretaria Executiva de Ressocialização (SERES), distribuídas em 76 dos 184 municípios do estado. Esse sistema prisional se destaca por ter uma taxa de ocupação de 2,60, a maior do Nordeste e a segunda maior do país, superando estados que estão no topo do ranking nacional no número de pessoas privadas de liberdade, como São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Paraná.

Ressalta-se que estão em fase final de construção, já com algumas unidades inauguradas, mais dois complexos prisionais, sendo eles o Centro Integrado de Ressocialização (CIR) e o Complexo Prisional de Araçoiaba. Essas novas unidades estão localizadas, respectivamente, nos municípios de Itaquitinga, na Zona da Mata pernambucana, e de Araçoiaba, na Região Metropolitana do Recife. O CIR, por exemplo, será composto por cinco unidades prisionais, incluindo a nova penitenciária federal do Nordeste, a primeira de Pernambuco.

Para o Monitor da Violência, o estado de Pernambuco é o que possui os presídios mais superlotados do país e isso vai ao encontro da taxa informada pelo INFOPEN, já que essa taxa de ocupação é, em termos estatísticos, a razão entre o número total de pessoas privadas de liberdade e a quantidade de vagas existentes no sistema prisional, uma informação relevante para as discussões sobre a superlotação.

Um outro dado relevante é que 55,31% da PPL do estado está inserida nos estabelecimentos penais que são considerados de grande porte e que estão localizados na Região Metropolitana do Recife (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2014). De certo, em breve, haverá o aumento exponencial desse percentual, haja vista a construção e inauguração de novos presídios nos municípios de Itaquitinga e Araçoiaba, conforme já sinalizado.

Com relação ao tipo de regime de cumprimento de pena, importa retornar ao panorama nacional. O recente relatório do INFOPEN mostra que 33,29% da PPL no Brasil está em regime provisório, ou seja, ainda no aguardo de julgamento. No estado de Pernambuco esse percentual é maior, sendo de 42,71%.

Com relação à tipificação penal, é importante mencionar que os tipos de crime são classificados por grupos e os grupos que mais aprisionaram no Brasil no primeiro semestre de 2017 foram os crimes contra o patrimônio, que inclui roubo e furto (70,52%), drogas (47,06%) e crimes contra a pessoa, que inclui o homicídio (19,23%). Curiosamente, o grupo dos crimes contra a administração pública – peculato, concussão e excesso de exação e corrupção passiva

– representou somente 0,14% dos tipos de crime no país no período mencionado (BRASIL, 2019).

A questão de gênero também deve ser observada na tipificação penal. Enquanto os homens tiveram no roubo (31,88%) e no tráfico de drogas (29,26%) as maiores causas para o seu aprisionamento, as mulheres tiveram no tráfico de drogas um expressivo percentual de 64,48% e apenas 15,72% no roubo.

Por sua vez, o estado de Pernambuco possui uma singularidade. O grupo de crimes contra a pessoa foi o principal para o aprisionamento, perfazendo 30,66%. Em seguida, foram os crimes contra o patrimônio (26,27%) e o de drogas (23,66%). Percebe-se que o maior percentual quanto ao grupo de tipos de crimes de Pernambuco destoa do percentual geral do país, mostrando o agravamento no estado dos crimes que atentam contra à vida, situação que foi sinalizada no Anuário Brasileiro de Segurança Pública do Fórum Brasileiro de Segurança Pública de 2018, referentes ao período de 2014 a 2017.

Quando vistos por gênero, os dados do INFOPEN revelam que a maioria dos homens, no estado de Pernambuco, foram enquadrados principalmente nos crimes de roubo (19,20%), homicídio simples (17,76%) e drogas (10,51%). Já a maioria das mulheres foram enquadradas nos crimes de tráfico de drogas (31,48%), associação para o tráfico (21,48%) e homicídio qualificado (11,85%).

Essas características do sistema prisional apresentam desafios, ainda mais quando consideramos o perfil das pessoas privadas de liberdade que superlotam os equipamentos penais, tanto no Brasil como no estado de Pernambuco. O panorama até então apresentado impacta o processo saúde-doença dessas pessoas, não só pelas condições dos equipamentos destinados ao cumprimento das penas, mas também pelo próprio perfil da PPL, sendo ela jovem, negra e que possui baixa escolaridade, colocando-a num patamar de vulnerabilidade que não deve ser ignorado. Mesmo que estejamos cientes disto, os números apresentados são de extrema importância para quaisquer análises.

Outros aspectos quanto à estrutura dos estabelecimentos penais também devem ser considerados, pois possivelmente impactam a saúde da PPL e acentuam a vulnerabilidade de sua estadia no cárcere. Mesmo com a existência de uma política de saúde específica para a população privada de liberdade, o INFOPEN mostrou que o percentual de pessoas presas em estabelecimentos que não possuem módulo de saúde é ainda de 33,3% no Brasil e de 42,71% em Pernambuco. Convém mencionar que esses módulos de saúde são espaços que devem ter condições mínimas para atendimento à saúde e oferta de ações na perspectiva da APS.

Além disso, grande parte dos equipamentos penais não possuem local específico para visita íntima e tampouco para visita social. No Brasil, em torno de 65% das unidades prisionais não possuem espaço para visita íntima e 54% para visita social. Já em Pernambuco esses percentuais são maiores: 82% e 73%, respectivamente.

Referente à acessibilidade, o INFOPEN alertou para o fato de que 84,9% das pessoas com deficiência no Brasil estão encarceradas em equipamentos penais não adaptados para melhor alojá-las. Essa população específica representa 0,6% da PPL total do país, onde 45% possuem algum tipo de deficiência intelectual e 33% algum tipo de deficiência física, sendo esses os dois grupos com percentual mais elevado se comparado aos outros grupos de tipos de deficiência descritos no relatório do INFOPEN (BRASIL, 2019).

É importante sublinhar que, no quesito epidemiológico, ou melhor, no que tange às taxas de alguns dos principais agravos de saúde da PPL, como por exemplo as IST, tuberculose, hanseníase e outros, os dados aqui apresentados são do antepenúltimo relatório do INFOPEN (BRASIL, 2015), que teve como referência as informações do sistema prisional brasileiro no primeiro semestre de 2014, pois os dois últimos levantamentos não apresentam em seus relatórios sintéticos as taxas desses agravos.

Observou-se as seguintes taxas para cada mil pessoas privadas de liberdade no sistema prisional nacional: HIV (12,2); sífilis (10,4); hepatites (5,1); tuberculose (9,4) e outros (2,5). As taxas são díspares nas unidades federativas, mas destacam-se as do HIV/AIDS e da tuberculose na PPL em comparação com a população em geral – 60 vezes maior com relação ao HIV e 38 vezes maior com relação à tuberculose. Em Pernambuco, as taxas foram 8,7 para o HIV/AIDS e 22,6 para tuberculose⁸. (BRASIL, 2015).

Referente aos óbitos e já com dados do relatório INFOPEN mais recente, no primeiro semestre de 2017 a taxa de mortalidade para cada 10 mil pessoas privadas de liberdade foi de 15,2, com destaque para os óbitos naturais e os óbitos criminais, 8,4 e 4,8, respectivamente. Já as mesmas taxas de Pernambuco foram, respectivamente, 10,6 e 2,6, sendo essas as principais causas de mortalidade no mesmo período.

Os dois últimos relatórios do INFOPEN mostram o aumento da taxa dos óbitos por suicídio da PPL, tanto no cenário nacional como local. No Brasil, a taxa era de 0,8 e passou

⁸ De acordo com o Boletim Epidemiológico, Volume 46, nº 09 de 2015 da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, a incidência da tuberculose de Pernambuco no ano de 2014 foi de 48,5/100.000 habitantes (BOLETIM, 2015). Após a adaptação do cálculo, evidencia-se 0,485/1.000 habitantes, ou seja, 46 vezes maior do que a incidência do agravo na população do estado no período informado.

para 1,0, enquanto no estado de Pernambuco houve um considerável salto, passando de 0,6 para 1,9 em um curto intervalo, o dobro da taxa geral do país (BRASIL, 2018, 2019).

7.2 O DILEMA DA INTEGRALIDADE: BREVE CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE PRISIONAL NO BRASIL

Ao discorrer sobre as políticas de saúde voltadas para a PPL, Lermen et al. (2015) explicitam três importantes marcos: a LEP, o PNSSP e, mais recentemente, a PNAISP. O PNSSP surgiu somente 13 anos após a promulgação do SUS, mas obviamente que algumas questões de saúde já assolavam as pessoas privadas de liberdade, como, por exemplo, a epidemia de HIV/AIDS, conforme mostram alguns estudos.

No ano de 1996, foi realizado estudo com o objetivo de caracterizar o perfil epidemiológico dos presos soropositivos ou portadores da AIDS da cadeia pública de Ribeirão Preto, SP. Nele, constatou-se que 67,9% da PPL da cadeia era menor de 30 anos, num universo de 411 presos. As condições de saúde encontradas estavam relacionadas a vários fatores, dentre eles a própria realidade do confinamento e as dificuldades de deslocamento da PPL para os serviços de saúde (ABADE; LOFFREDO; TELAROLLI JÚNIOR, 1999).

Um estudo sobre a prevalência do HIV/AIDS, HPV e Sífilis, realizado no período de 1997 a 1998 em uma Penitenciária Feminina na capital paulista, já mostrava a urgência de formulação de ações voltadas para o cuidado das mulheres privadas de liberdade, consideradas um público vulnerável, sobretudo as mulheres negras e pobres, onde constatou-se, à época, que 77% das soropositivas eram negras (LOPES et al., 2001).

Já em 1998, foi produzido o documentário *Eu amo a vida*, do Coletivo de Feministas Lésbicas de São Paulo, falando sobre o universo da mulher presidiária diante da epidemia de AIDS, na Casa de Detenção do Tatuapé, São Paulo. Esse feito acentuou que o debate do HIV/AIDS no contexto prisional envolvia, também, uma discussão dos movimentos sociais sobre gênero, algo que não fora abordado no trabalho de Lopes (2001), apesar de sua importante consideração acerca da questão raça/cor.

Os assuntos que abarcam a discussão de gênero e sua relação com o HIV/AIDS, principalmente no que tange à vulnerabilidade da mulher, também foram apresentados em outro estudo realizado em uma cadeia pública feminina do interior paulista. A pesquisa tocou em temas como o estupro, a violência contra a mulher, a visão patriarcal, o não uso de preservativos por imposição do parceiro, dentre outros. O crescimento do HIV/AIDS mostrava-se como

tendência na PPL, ainda mais entre as mulheres, em face da vulnerabilidade demarcada por questões estruturais (GIORDANI; BUENO, 2001).

A realidade do confinamento é um dos fatores de adoecimento e, no caso do HIV/AIDS, prejudica o cuidado necessário para o tratamento desse agravo. Esses fatores são variados e não estão circunscritos somente ao biológico, pois também interferem na saúde mental desses sujeitos, haja vista o estigma, o preconceito e o esfacelamento dos vínculos que corroboram com a vulnerabilidade já existente (SEMINÁRIO DE COOPERAÇÃO BRASIL / FRANÇA, 2000).

A epidemia do HIV/AIDS, no contexto prisional, demandou iniciativas do Estado para lidar com tal problemática. Em 2001 foi realizado o I Fórum Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. A partir desse encontro, o Ministério da Saúde produziu uma nota técnica onde foram reconhecidas inúmeras dificuldades, tais como para a implementação de ações de saúde, devido o preconceito social no que tange o HIV/AIDS; o financiamento e/ou não utilização de recursos destinados para a PPL; a heterogeneidade da organização da atenção à saúde com o não interesse do gestor municipal e/ou estadual quanto à relevância da saúde dessa população; a não avaliação do risco epidemiológico da realidade do sistema penitenciário da época, resultando em “poucas iniciativas governamentais para a sua neutralização”; dentre outras (BRASIL, 2001).

Além de se apresentar como um considerável agravo à saúde, podemos conjecturar, com base nos estudos citados, que a epidemia do HIV/AIDS no contexto prisional denunciou questões estruturais que tecem a nossa sociedade: o preconceito, a violência, as questões de gênero, de raça/cor e a pobreza como marcas que potencializam a vulnerabilidade das pessoas encarceradas.

Diante desse cenário arenoso, foram traçados como estratégia o PNSSP e, posteriormente, a PNAISP. O PNSSP foi instituído pela Portaria Interministerial nº 1777, de 9 de setembro de 2003, e perdurou por 13 anos, porém mostrou-se insuficiente para garantir a atenção integral à saúde da PPL brasileira, que era um dos seus objetivos, pois não considerou o itinerário carcerário e a chamada comunidade prisional. Todavia, o plano foi um significativo avanço para inserir a PPL no SUS, mesmo com suas limitações (SILVA, 2015).

Antes de adentrar nos pormenores da PNAISP, sendo ela a referência vigente enquanto política de saúde para a PPL brasileira, importa comentar um alvo comum que já constava no PNSSP e que ganha maior relevância na PNAISP: a integralidade.

O conceito de integralidade no campo da saúde é discutido desde o nascedouro do SUS. A atenção integral ou integralidade pode ser entendida como conceito polifônico, com vários

sentidos. Para Mattos (2001), integralidade representa a busca incansável de responder as necessidades dos usuários. Seria esse, então, o alvo desse valioso princípio do SUS. Evidentemente, a missão de responder às demandas em saúde não é uma tarefa simples e exige a construção de ações complexas que considerem os sujeitos na sua complexidade.

Ainda de acordo com o autor, a integralidade representa muito mais do que um mero princípio presente no arcabouço legal do SUS. Integralidade é também sinônimo de um movimento de luta para que tenhamos a solidariedade como pilar da nossa sociedade. É desejável que a integralidade seja a norteadora das práticas.

Para que de fato a integralidade seja o horizonte desejável do SUS e, mais do que isso, se materialize nas práticas, na relação sujeito-sujeito, na organização dos serviços e na construção e análises das políticas de saúde, é necessário a compreensão de que essas mesmas ações-alvo da integralidade encontram dificuldade para se materializarem devido a fragmentação dos saberes. Todavia, cabe um adendo: o poder desfragmentador da integralidade não significa que esse tenha como alvo a busca por um todo, ou seja, como se sua bandeira de luta fosse a defesa da homogeneização de saberes. Muito pelo contrário.

A discussão da fragmentação do saber está localizada no interior da epistemologia, onde filósofos e educadores, além de outros personagens interessados no tema, produziram, ao longo da história, um extenso material de debates sobre o tema. No campo da saúde, essa fragmentação pode ser entendida como herança de um olhar reducionista, que minimiza a complexidade do processo saúde-doença, desconsiderando seus determinantes sociais, preocupando-se apenas com o adoecimento do corpo e seus correlatos anátomo-fisiológicos.

Atualmente, a fragmentação do conhecimento na área da saúde pode ser vista através dos especialismos, que corroboram a postura reducionista diante da vida, tal como postulado acima. Entretanto, salienta-se que o problema não está nas especialidades, que aprimoram um conhecimento específico, mas sim no uso feito desses especialismos (MORIN, 2000).

Como afirma Mattos (2001, p. 62), “o princípio da integralidade implica superar reducionismos”. Assim, os que concebem a integralidade como bandeira de luta e expressão de suas práticas caminham em prol da ampliação do conhecimento, mas sem se tornarem reféns da mesquinhez do olhar reducionista.

Pitta e Rivera (2006), à luz de Cecílio (2006), discorrem sobre a aplicabilidade do planejamento estratégico situacional (PES) e sua conexão com o campo da comunicação, trazendo o termo “integralidade possível”. Os autores sinalizam que é preciso:

O compromisso de equipes de saúde com uma integralidade possível, já que, por mais comprometidos que possam ser os profissionais de uma equipe de saúde e por mais comunicacionais que sejam as suas práticas, jamais esta integralidade será plena, já

que essa plenitude passa pela melhoria das condições de vida e pelo acesso a tecnologias para prolongar a vida (PITTA; RIVERA, 2006, p. 397).

Nessa última citação, o que chama a atenção é a ideia da integralidade possível. Tal ideia pode ser útil para pensarmos a PNAISP, uma política de saúde específica que tem inúmeros desafios, como já postulado. O pensamento de Ruben Mattos é precioso e nos dá diretrizes diante deste dilema, que é a materialização da integralidade em um espaço tão marcado pela violação de direitos e em um sistema que não considera as pessoas privadas de liberdade como sujeitos de direitos. A integralidade se relaciona com a dimensão do cuidado.

Se considerarmos a história da política de saúde prisional, entendemos os limites do PNSSP em garantir uma atenção integral às pessoas privadas de liberdade. Um dos grandes diferenciais da PNAISP para o PNSSP é justamente o fato de que ela abarca não só a PPL, mas também familiares, agentes penitenciários e outros trabalhadores do sistema prisional.

Esse olhar ampliado para a comunidade prisional se conecta à noção da integralidade, pois considera que as necessidades, as demandas dos usuários – nesse caso a PPL – são expressões não individuais, somente da pessoa privada de liberdade que verbaliza ou sinaliza a busca por cuidado, mas também daqueles que têm contato, laços, relações, que estão presentes no seu cotidiano.

Em outras palavras, quando se considera a comunidade prisional o que se tem é a integralidade enquanto horizonte, pois o processo saúde-doença das pessoas privadas de liberdade também está relacionado com os sujeitos e seus contextos. E que integralidade em saúde é possível no contexto prisional?

A mudança na política de saúde prisional não se deu somente com a alteração do PNSSP para a PNAISP. A partir de 2015, a política de saúde prisional passou a ser direcionada pelo DAB e não mais pelo DAPES. No entanto, essa mudança não se deu apenas no organograma do Ministério da Saúde, ou seja, na transferência da política de saúde prisional de um departamento para outro, mas também ocasionou alterações no quadro do corpo técnico responsável por essa política específica (SILVA, 2016).

Ainda no âmbito federal, essas mudanças refletiram na nova versão da PNAB, sancionada em setembro de 2017, pois é nela que é regulamentada pela primeira vez as EABp. Além do seu objetivo com foco na atenção integral à saúde da PPL, sua abrangência quanto à comunidade prisional e o itinerário carcerário, vale ressaltar que a PNAISP coloca os serviços de saúde no sistema prisional como pontos de atenção da RAS (BRASIL, 2017a).

A PNAISP, sancionada pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, tem como principal objetivo garantir o acesso da PPL ao cuidado integral no SUS. Para tanto, seus princípios, descritos em seu Art. 3º, são:

I – respeito aos Direitos Humanos e à Justiça Social;

II – integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção;

III – equidade em virtude de reconhecer as diferenças e singularidades dos sujeitos de direitos;

IV – promoção de iniciativas de ambiência humanizada e saudável com vistas à garantia da proteção dos direitos dessas pessoas;

V – corresponsabilidade interfederativa quanto à organização dos serviços segundo a complexidade das ações desenvolvidas, assegurada por meio da Rede de Atenção à Saúde do território; e

VI – valorização de mecanismos de participação popular e controle social nos processos de formulação e gestão de políticas para atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2014, p. 18).

Os princípios da PNAISP, em especial o II, mostram o valor dado às ações comuns à APS. Antes, o PNSSP versava sobre as questões de saúde, mas sem clareza quanto aos seus princípios, deixando margens para ações de cunho meramente curativo. Já os princípios da PNAISP abrem caminho para as seguintes diretrizes, descritas em seu Art. 4º:

I - promoção da cidadania e inclusão das pessoas privadas de liberdade por meio da articulação com os diversos setores de desenvolvimento social, como educação, trabalho e segurança;

II - atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade às necessidades de saúde da população privada de liberdade no sistema prisional, com ênfase em atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população privada de liberdade no sistema prisional;

IV - respeito à diversidade étnico-racial, às limitações e às necessidades físicas e mentais especiais, às condições economicossociais, às práticas e concepções culturais e religiosas, ao gênero, à orientação sexual e à identidade de gênero; e

V - intersetorialidade para a gestão integrada e racional e para a garantia do direito à saúde (BRASIL, 2014, p. 18).

É perceptível os valores da APS como transversais à PNAISP. Cabe destacar a diretriz IV, pois ressalta outro dado de contexto da constituição na agenda política de uma ação governamental em saúde voltada para PPL. Esse dado está relacionado ao aumento dos casos de HIV/AIDS no sistema prisional, em um momento em que a epidemia do vírus estava, aparentemente, controlada no meio aberto. No final da década de 90, a OMS percebeu os

avanços do tratamento antirretroviral, mas aceitou a vulnerabilidade das pessoas encarceradas e o aumento do agravo no contexto prisional, outorgando-lhes a condição de população prioritária para os cuidados primários e de cunho integral em saúde (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

Quanto aos objetivos da PNAISP temos o seguinte conteúdo na Portaria:

Art. 6 – Apresenta os objetivos da PNAISP, sendo eles:

I - promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, visando ao cuidado integral;

II - garantir a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral das pessoas privadas de liberdade;

III - qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça;

IV - promover as relações intersetoriais com as políticas de Direitos Humanos, afirmativas e sociais básicas, bem como com as da Justiça Criminal; e

V - fomentar e fortalecer a participação e o controle social (BRASIL, 2014, p. 19).

Compete ao Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais, o Distrito Federal e as Secretarias Municipais a condução da PNAISP: planejamento, execução, monitoramento e avaliação da política. A inserção dos dados epidemiológicos da PPL nos sistemas de informação, a aquisição de insumos e a assistência farmacêutica são de responsabilidade desses órgãos. Quanto à estrutura física, ambiência e material permanente, é de competência das Secretarias de Justiça, Administração Penitenciária ou congêneres.

A Portaria também institui o Grupo Condutor da PNAISP, composto por representantes da Secretaria de Saúde, Secretaria de Justiça ou congêneres, da Administração Prisional ou congêneres, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e pelo apoio institucional do Ministério da Saúde. O Grupo Condutor é uma exigência após a adesão à PNAISP e deve ser criado e capitaneado no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde de cada unidade da federativa e/ou do Distrito Federal (BRASIL, 2014).

A adesão à PNAISP é facultativa. Para que um município faça a adesão é necessário que antes o estado a tenha realizado e é exigida a apresentação do Plano de Ação. Por se tratar de uma política interministerial, devem pactuar e assinar o plano as duas secretarias envolvidas, a de Saúde e a de Justiça, Administração Penitenciária ou congêneres.

Os profissionais de saúde que atuam no sistema prisional compõem a EABp. Com uma composição multiprofissional, a EABp deve prestar atenção integral à saúde para a PPL, realizando suas atividades nas unidades prisionais ou nas unidades básicas de saúde. O número de pessoas custodiadas é o fator determinante para as diferentes modalidades de equipe, bem como suas respectivas cargas horárias, conforme descrito no quadro 8.

Quadro 8 – Tipologia das EABp na PNAISP – Composição, Carga Horária Semanal e Valor do repasse financeiro mensal

Tipo de EABp	Profissionais	C.H.S	Valor R\$
EABp tipo I Até 100 PPL	5 profissionais da equipe mínima da ESF (Enfermeiro, Médico, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, Cirurgião-dentista, Técnico ou auxiliar de saúde bucal). Total de 5 profissionais.	06	3.957,50
EABp tipo I com Saúde Mental Até 100 custodiados	5 profissionais da equipe mínima da ESF; 1 Médico Psiquiatra ou médico com experiência em Saúde Mental; Mais 2 profissionais: Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Psicólogo(a), Assistente Social, Farmacêutico(a) ou Enfermeiro (a). Total de 8 profissionais.	06	6.790,00
EABp tipo II 101 – 500 custodiados	5 profissionais da equipe mínima da ESF; 1 Psicólogo(a); 1 Assistente Social; Mais 1 profissional: Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Psicólogo(a), Assistente Social, Farmacêutico(a), Enfermeiro(a) ou Nutricionista. Total de 8 profissionais.	20	19.191,65
EABp tipo II com Saúde Mental 101 – 500 custodiados	5 profissionais da equipe mínima da ESF; 1 Médico Psiquiatra ou médico com experiência em Saúde Mental; 1 Psicólogo; 1 Assistente Social; Mais 3 profissionais: Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Psicólogo(a), Assistente Social, Farmacêutico(a), Enfermeiro(a) ou Nutricionista. Total de 11 profissionais.	20	28.633,31
EABp tipo III 500 – 1200 custodiados	Mesma composição da EABp Tipo II com Saúde Mental	40	42.949,96

Fonte: O autor, com base na Portaria nº 482 de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2014).

Sobre o financiamento da PNAISP, quesito com uma mudança significativa se comparada ao PNSSP, e com base na mesma Portaria, importa descrever os acréscimos aos valores do incentivo, tanto para os estados quanto para os municípios que aderirem à política. Além dos valores mencionados na tabela anterior, há acréscimos sobre esses valores, considerando o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) e o número da PPL dos municípios.

Tabela 1 – Tabela de aplicação de acréscimos aos valores do incentivo, aos estados, para custeio dos serviços de saúde, no âmbito da PNAISP

Índice de Desempenho do SUS municipal	Taxa de custodiados no município			
	Até 1%	Entre 1,01% e 5%	Entre 5,01% e 10%	Acima de 10%
GH1	6%	7%	8%	10%
GH2	11%	12%	13%	15%
GH3	16%	17%	18%	20%
GH4	21%	22%	23%	25%
GH5	26%	27%	28%	30%
GH6	31%	32%	33%	35%

Fonte: O autor, com base na Portaria nº 482 de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2014).

Tabela 2 – Tabela de aplicação de acréscimos aos valores do incentivo, aos municípios, para custeio dos serviços de saúde, no âmbito da PNAISP

Índice de Desempenho do SUS municipal	Taxa de custodiados no município			
	Até 1%	Entre 1,01% e 5%	Entre 5,01% e 10%	Acima de 10%
GH1	11%	14%	16%	20%
GH2	21%	24%	26%	30%
GH3	31%	34%	36%	40%
GH4	41%	44%	46%	50%
GH5	51%	54%	56%	60%
GH6	61%	64%	66%	70%

Fonte: O autor, com base na Portaria nº 482 de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2014).

Além dos valores e dos acréscimos descritos no quadro 8 e nas tabelas 1 e 2, os estados e municípios também recebem valor referente à assistência farmacêutica para aquisição de medicamentos e insumos, com base no Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). É a Portaria nº 2.765, de 12 de dezembro de 2014, que versa sobre o financiamento e a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP. O valor do componente é de R\$ 17,73 por pessoa privada de liberdade e sua base de cálculo para os anos de 2015, 2016, 2017 tem como referência o quantitativo descrito no sistema Geopresídios⁹ (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2014). Ainda assim, no site do Fundo Nacional de Saúde (FNS), foi possível consultar os repasses a partir do ano de 2014.

No FNS, os valores estão identificados da seguinte forma: no bloco da Atenção Básica, no componente do Piso de Atenção Básica (PAB) variável, tendo como ação/serviço/estratégia a identificação *Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário*; e no bloco Assistência Farmacêutica, no componente Básico da Assistência Farmacêutica, tendo como ação/serviço/estratégia a identificação *Pessoas Privadas de Liberdade Prisional (PNAISP)*.

⁹ O sistema Geopresídios é a plataforma do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) que agrega os dados e relatórios das inspeções nos estabelecimentos penais realizadas por membros e instituições público-jurídicas com dados fornecidos por atores do próprio sistema prisional. O Geopresídios é considerado pelo CNJ a radiografia do sistema prisional.

8 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados que agora serão apresentados se relacionam com as categorias de análise construídas no percurso do estudo, visando responder a pergunta condutora e atendendo os objetivos traçados. A análise da política de saúde prisional em Pernambuco, especialmente a PNAISP, não se debruçou apenas sobre os aspectos normativos mais relevantes que a diferenciam do PNSSP, sendo eles o olhar mais ampliado sobre o itinerário carcerário, a busca em alcançar a comunidade prisional e financiamento da política. Essa análise se deparou com elementos históricos e contextuais da saúde prisional e seus multifacetados atravessamentos que, em grande parte, extrapolam a capacidade gestora dos membros do grupo condutor da política.

Ainda assim, foi valiosíssimo ouvir os entrevistados e com isso compreender as perspectivas desses gestores a respeito das nuances e das formas sociais que tecem nossas sociabilidades, uma vez que – diretamente ou indiretamente – há uma produção de subjetividades e visões de mundo que incidem no desenvolvimento da política, ou seja, em sua institucionalização e, conseqüentemente, no alcance (ou não) de seus objetivos.

8.1 A EXCLUSÃO DOS EXCLUÍDOS: AS FORMAS SOCIAIS E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE PRISIONAL NO ESTADO DE PERNAMBUCO À LUZ DOS MEMBROS DO GRUPO CONDUTOR DA PNAISP

A concepção de ressocialização, o entendimento do encarceramento em massa e seus efeitos, além das questões relacionadas às drogas, a seletividade penal e como a mídia produz subjetividades, também foram expressas pelos entrevistados. A fala descrita a seguir mostra a compreensão de que as desigualdades sociais atingem as pessoas privadas de liberdade. Evidencia-se que esse público sempre esteve desprovido de direitos, antes mesmo do seu ingresso no sistema prisional.

Às vezes a gente cobra uma postura quando ele sai do que ele nunca teve. Ele mora num lugar que é um quarto só, onde moram 10 em casa. Não digo nem dentro do sistema, digo fora. Às vezes ele não tem uma cozinha separada, uma torneira [...] Aí você quer que quando ele saia ele saiba, se comporte como uma pessoa que sempre teve. Aí você me pergunta: “Ressocializou?” E eu digo assim: “Socializou?” Porque teve acesso a algumas coisas que ele nunca teve. Querendo ou não a gente fez uma interferência. Quem sai com alguma intervenção, seja qual for, ele sai diferente. [Rorinildo].

Podemos conjecturar que a própria indagação do gestor entrevistado mostra a falácia da ideia de ressocialização, pois, antes mesmo de conceber se houve a ressocialização da pessoa

privada de liberdade, caberia indagar se houve a socialização dela. O questionamento na fala de Rorinildo escancara as iniquidades sociais que atingem determinados grupos populacionais, onde alguns direitos básicos parecem ser inatingíveis. E, paradoxalmente, será em um lugar de violação direitos – um equipamento prisional que cerceia as liberdades – que alguns desses direitos historicamente negados serão ofertados.

Por outro lado, a fala do entrevistado pode ser esmiuçada, trazendo tantas outras reflexões. Que postura se espera de uma pessoa após a sua saída de um sistema tão funesto como é o prisional? Mais uma vez, estamos diante da docilização dos corpos, de uma biopolítica que enquadra mentes e comportamentos. Há, portanto, um ideal de postura a ser questionado, sobretudo quando o sistema prisional – de acordo com a fala de Rorinildo – parece se assemelhar aos espaços nos quais o sujeito vivia antes de sua privação de liberdade.

Em outras palavras, caberia indagar, dentre tantas questões, a postura idealizada e forjada para as pessoas em situação de vulnerabilidade. E se o sistema prisional se caracteriza por sua superlotação e por sua insalubridade, parece que ele não se distingue, conforme se vê na fala do entrevistado, dos espaços onde esses sujeitos viviam antes de seu ingresso no cárcere. Sendo assim, o que chamamos de uma intervenção e que faz com que essas pessoas presas saiam diferentes? Diferentes em que e para que? Se os espaços de vida antes da entrada em um estabelecimento penal são similares aos do próprio sistema prisional, de que modelo de socialização e/ou ressocialização estamos falando e que é almejado em nossa sociedade? E, sem dúvidas, as iniquidades sociais são acentuadas pela não circulação na pólis.

Essas mesmas iniquidades sociais colaboram para um processo, por vezes, perene e que produz a institucionalização da exclusão, uma vez que muitos sujeitos que compõe esses grupos populacionais e que adentrarão no sistema prisional já têm em seu histórico de vida a passagem por outros estabelecimentos de privação de liberdade e que também são violadores de direitos, como, por exemplo, o sistema socioeducativo, destinado para os chamados adolescentes em conflito com a lei. Assim, o lugar de exclusão, de privação de liberdade, para o qual são enviados adolescentes e adultos seria, em alusão às explanações de Ribeiro (2015), um verdadeiro “moinho de gastar gente.”. O relato de um dos gestores entrevistados, a respeito de sua atuação profissional junto às pessoas privadas de liberdade, mostra a proximidade entre o sistema socioeducativo e o sistema prisional, bem como a ausência de direitos que colaboram para que haja o encarceramento dos indivíduos. Disse ele:

Por incrível que pareça, tem muita semelhança. São grades, são celas. As semelhanças existem, sendo que algumas nuances um pouco diferentes, mas é a mesma coisa que trabalhar no sistema: **ali é a graduação dos meninos**, porque muitos deles eu já encontrei no sistema. Muitos. Não foram poucos não. **É a graduação para entrar no sistema**. Porque ali eles estão aprendendo [...] e a gente sabe que boa parte deles a

gente vai encontrar no sistema penitenciário. **A falta de estrutura escolar, de família, de saúde, de tudo, termina ocasionando, o fim, que é justamente no sistema prisional.** [João, grifo nosso].

Portanto, o sistema socioeducativo, conforme se vê na articulação entre o pensamento de Ribeiro (2015) e a fala do membro do grupo condutor entrevistado, reforça essa compreensão da exclusão dentro de um sistema de exclusão como um fenômeno histórico e tido como um efeito de um processo de violação de direitos, da não garantia de acesso e de possibilidade de autonomia e outras perspectivas. Certamente, torna-se premente pesquisas que tragam reflexões mais abrangentes de como ocorre esse processo de institucionalização, isto é, estudos que discorram sobre o encarceramento em massa, sobre a privação de liberdade de sujeitos que passaram por esses dois sistemas – o socioeducativo e o prisional – especialmente no estado de Pernambuco.

Indubitavelmente, o encarceramento em massa também impacta o processo saúde-doença das pessoas privadas de liberdade. Conforme dito por um dos sujeitos entrevistados, “o encarceramento em massa piora tudo”. E prossegue, ao enfatizar que:

Quando a gente encarcera muito sem a mínima condição, lá vem outro problema [...] sem a mínima condição de sobrevivência digna, isso não mexe só com a questão pessoal, moral, de cidadania do ser humano, como mexe fundamentalmente com as questões de saúde [...] o castigo é tão grande num presídio que até o fato de você sair para tratar e cuidar de uma hérnia é um privilégio. [João].

Essa afirmação mostra que a prisão – uma instituição e, portanto, calcada na contradição – inverte a racionalidade e mostra seus paradoxos, tais como a forma de concepção de saúde e o próprio sentido da tortura. A fala desse gestor sobre os efeitos do encarceramento em massa para a saúde da PPL pode ser vista como um analisador do dispositivo prisão. Nota-se que um agravamento de saúde ou condição de dor e de incapacidade para desempenhar certas atividades, como é o caso de uma hérnia, torna-se para a pessoa privada de liberdade algo necessário para sair, ainda que momentaneamente, do espaço prisional que a tortura e a castiga.

O castigo que aflige a PPL também é descrito na resposta de outro sujeito entrevistado.

O estigma que as pessoas têm em relação às pessoas privadas de liberdade. De querer privar de todos os direitos, não só do direito de ir e vir. Acho que isso também é muito complicado. Pelo estigma, não é interessante ninguém falar dessa população. Quanto mais eu negar aquela população que está ali, melhor é. Não entendem que a gente deveria fazer o processo inverso. [Augusto].

Esse estigma perpetrado contra os desviantes, em especial aos transgressores das leis encaminhados para o funesto sistema prisional, é cada vez mais reforçado e materializado em vários espaços, no ciclo da vida dos sujeitos. É o que observa outro gestor entrevistado ao dissertar sobre a lógica punitiva:

[...] não é o pensamento de todo mundo, mas de uma grande parcela da população - **Deixa ele lá, não precisa cuidar. Pra quê esses direitos humanos só pra preso? Se ele adoecer ele tá bom, se ele morrer melhor ainda [...]** Então, essa é uma **visão muito forte na nossa sociedade. Visão de punir ao extremo**, seja pelas terríveis condições de encarceramento da nossa PPL, como também pelas próprias condições de oferecimento de chance para ser ressocializado, que são muito poucas ... basta ver a ineficácia desse sistema prisional nosso. **E qual é a população que está lá dentro? É a população pobre, negra e com baixo grau de instrução.** Tem quem fuja desse perfil, mas é um percentual mínimo. [João, grifo nosso].

Para a população negra, maioria presente no sistema prisional, o que se tem é uma dupla penalização. E não seria isso uma tecnologia para a exclusão dos excluídos? Quanto a isso, o gestor entrevistado prossegue e reforça o elo entre os sistemas socioeducativo e prisional:

A gente penaliza duas vezes: penaliza quando a gente não dá oportunidade a essas crianças, a esses jovens, de terem acesso a uma série de coisas e **quando eles fazem alguma coisa que não está dentro dos padrões que a gente acha que é o ideal, que ele deveria estar, mesmo não tendo dado nenhuma condição pra ele chegar ali.** A gente não dá mais nenhuma chance de retomar a linha da vida dele. No primeiro erro ele começa a ser condenado desde novo. **Ele vai pra FUNASE, daqui já vai pro sistema prisional depois. É uma eterna entrada e saída. A gente condena duas vezes: quando nasce,** onde ele não tem toda uma base pra ter estrutura pra poder ter um cidadão com seus direitos e deveres, **e depois a gente novamente joga num sistema que não vai ajudar muito a ele** a seguir o rumo descente de vida. [João, grifo nosso].

Essa dupla condenação trazida por João parece não ser exclusiva e tampouco se encerrar na inserção dos corpos – majoritariamente de periféricos, pobres e negros – nos espaços de privação de liberdade. A condenação antecede àquela que é produzida pelo aparato jurídico, ou seja, pelas engrenagens policiais, punitivas e de sentença das penas. A condenação vem antes, como, por exemplo, a partir do poder midiático, visando produzir subjetividades que naturalizem a seletividade penal e o encarceramento.

Essa tecnologia punitiva, que captura até mesmo os que são alvo da política de exclusão, também foi expressa, com perplexidade, por um dos entrevistados na pesquisa.

Eu não sei se é a mídia ou se é o ser humano. É uma coisa que vai em cadeia, né? Porque o ser humano gosta das notícias cruéis, ele vem num processo de vida. Você vê um Cardinot tendo audiência [...] Eu não entendo como você para na hora do seu almoço pra assistir aquilo. E aí a mídia, lógico, se vê, percebe que acaba vendendo mais isso. [Augusto].

A expansão da lógica punitiva, possibilitada pelo aparato midiático, também tem reflexos para a condução de uma política. É o que menciona um dos gestores entrevistados, a respeito das dificuldades e contradições presentes na própria gestão da saúde prisional no estado de Pernambuco:

A gente teve atividades que eram de grande porte e que a gestão apoia que você faça, mas não é interessante que seja divulgado [...] Será que é uma mídia positiva ou negativa pruma gestão investir em saúde prisional? Outras ações muito menores a mídia externa compra aquilo em vários locais, mas quando é no prisional [...] não é interessante a gente divulgar ou de mostrar que estão sendo pensadas estratégias de

cuidado pra saúde daquelas pessoas. Você vai ali, faz, mas não divulga, porque o que vende é mostrar o lado negativo, o lado das rebeliões, da violência. Quando a gente tem atividades positivas, a gente não divulga. E isso vai ser em qualquer gestão: federal, estadual, municipal – vê alguma coisa que não é positiva pra ela, que vai trazer discussões e debates, então, assim [...] É uma parcela de cada um aí nesse processo. [Augusto].

Apesar de diferentes, as duas falas transcritas anteriormente apresentam uma questão que pode, num primeiro momento, ser vista como contraditória: a visibilidade e a invisibilidade (MERLEAU-PONTY, 1994).

Obviamente, partimos, neste estudo, da compreensão de que a população privada de liberdade se encontra em uma situação de invisibilidade quando o assunto é a garantia de direitos, a fruição e materialização de um conjunto de deveres e direitos diante do que é nomeado e compreendido como pertencentes ao campo dos DH.

Existe sim essa dimensão da invisibilidade das pessoas em situação de cárcere, porém, por outro lado, essa mesma população encontra-se em um processo radical de visibilidade a partir dos difusos meios de comunicação. É o que se observa na primeira fala de Augusto, ao citar um âncora de um programa policiaisco local, onde nos parece que o objetivo nesse tipo de produção midiática seria produzir subjetividades que estigmatizam territórios, corpos, sujeitos e condutas.

Além disso, quando colocado na pauta o sistema prisional, o que se pode observar é a visibilidade exacerbada dada a esse sistema e, conseqüentemente, das pessoas privadas de liberdade que ali estão encarceradas. Essa visibilidade se dá a partir da divulgação midiática das rebeliões, motins, conflitos e mortes.

Evidentemente, não se trata de criticar ou até mesmo censurar a exposição dessa cruel realidade do sistema prisional, mas sim discutir seus intentos, pois nessa tática de visibilidade podemos ter uma produção subjetiva de rotulação, de estigmatização de uma suposta animalidade e bestialidade da população privada de liberdade e dos territórios de onde ela provém, desconsiderando seus movimentos de revolta diante da violação de direitos promovidas pelo Estado, o mesmo Estado que deveria salvaguardá-la.

Ademais, esse tipo de visibilidade pode ser visto como um momento de “prestação de contas” para uma possível significativa parcela da sociedade que, regida pelo sentimento de vingança e não de justiça, anseia em ver a teia de desgraça na qual caíram e foram capturados todos aqueles que transgrediram as leis do Estado e a moral e os bons costumes de uma sociedade alicerçada no ressentimento.

Contraditoriamente, o entrevistado também trouxe o não interesse na divulgação das atividades realizadas na saúde prisional do estado. O que poderia ser um momento de prestação

de contas, no sentido real do termo, ou seja, para apresentar à sociedade como um todo ações desenvolvidas, é ignorado. Desconsidera-se tanto um dever do Estado quanto uma política que só é executada graças a um financiamento que, direta ou indiretamente, está relacionado aos nossos deveres enquanto contribuintes e mantenedores dos cofres públicos e da máquina estatal.

Podemos defender que caberia indagarmos se são as pessoas privadas de liberdade, muitas delas advindas de territórios à margem de inúmeros direitos, ou se é o sistema prisional brasileiro, caracterizado por um pilar punitivo e arcaico, o que apresenta um componente bestial. Acredita-se ter uma resposta quanto a isso, ao se considerar o fato de que são as pessoas que, ao longo de suas histórias, foram invisibilizadas, silenciadas e capturadas para ingressar em um sistema caracterizado por uma violência detalhada, micropolítica, que possui engrenagens que se assemelham aos requintes medievais.

Assim, quando pensamos os movimentos e táticas de visibilidade e invisibilidade das pessoas privadas de liberdade, bem como do próprio sistema prisional, estamos mais uma vez diante do contraditório. É justamente esse teor da contradição, algo que nos conecta à A.I., uma vez que a contradição é o que ancora essa perspectiva teórica adotada neste estudo, pois, como já discutido, aquilo que interessa à A.I. é a relação, os movimentos da tríade instituído-instituente-institucionalização.

O alargamento da lógica punitiva se dá através do poder midiático e tem na questão das drogas um terreno propício. A chamada guerra às drogas ocorre nos territórios marginalizados, onde a presença de um Estado cada vez mais policial tem como mote o controle dos corpos e a caça dos ditos criminosos ou então daqueles que fazem uso de substâncias ilícitas. Esse aumento das investidas policiais e a relação entre a privação de liberdade da população negra e a questão das drogas foi dito por um dos gestores entrevistados, sendo assertivo em sua leitura sobre seletividade penal e a falaciosa guerra às drogas.

Vamos descer ladeira, **desde a escravidão, é todo um processo. Quem é a grande população? A população negra.** E quem está sendo, mais uma vez, excluída? **É um processo de exclusão, quase uma seleção natural**, porque você acaba ficando sem oportunidades, de modificar o que te guardam. É quase que esperado. “Ah, isso é normal.”. Estranho é você ver um filhinho de papai, branquinho, dos olhos azuis, cabelos loiros, ficar num ambiente assim. Até porque, **é essa a Política que vem sendo desenvolvida em relação à questão das drogas.** E a gente sabe que tem muitos privados de liberdade relacionados às drogas. Então, por isso, não vai ser o filhinho de papai que faz o uso que vai ser pego e levado pra lá, porque ele vai ter um local decente onde ninguém vai fazer batida pra pegar ele com a droga. **As batidas vão ser feitas nas esquinas. E quem é que tá lá nas esquinas? A população negra.** [Augusto, grifo nosso].

O enquadre do que é lícito ou ilícito depende daquilo que está instituído por meio das leis. No Brasil, destaca-se a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que institui o Sistema

Nacional de Políticas sobre Drogas – o SISNAD. Vale citar aqui um dos seus artigos quanto às tipificações dos crimes (BRASIL, 2006):

Art. 33. Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena - reclusão de 5 (cinco) a 15 (quinze) anos e pagamento de 500 (quinhentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa.

§ 1º Nas mesmas penas incorre quem:

I - importa, exporta, remete, produz, fabrica, adquire, vende, expõe à venda, oferece, fornece, tem em depósito, transporta, traz consigo ou guarda, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, matéria-prima, insumo ou produto químico destinado à preparação de drogas;

II - semeia, cultiva ou faz a colheita, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, de plantas que se constituam em matéria-prima para a preparação de drogas;

III - utiliza local ou bem de qualquer natureza de que tem a propriedade, posse, administração, guarda ou vigilância, ou consente que outrem dele se utilize, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, para o tráfico ilícito de drogas.

O fragmento do texto legal supracitado coloca em seu artigo um rol de ações relacionadas à droga que parece enquadrar toda a sociedade, porém o que vimos é o crescente encarceramento da camada mais pobre da população, sobretudo negra e periférica, como perigosa e disseminadora da cultura de drogas, quando na verdade não o é (VALOIS, 2016).

Posto isso, a questão das drogas e a guerra aí instaurada é motriz para o encarceramento em massa e exemplifica o casamento perfeito entre o discurso moralizador e punitivo propagado pelo aparato midiático e o campo do Direito Penal.

Curiosamente, como pontua Valois (2016, p. 18), “prende-se quem vende drogas em um local onde se vende drogas”. Essa afirmativa se conecta ao que fora exposto por um dos entrevistados, quando questionado sobre a realidade do sistema prisional.

A gente sabe que o presídio no mais bonito [...] a droga corre solta. Seja ela álcool ou outras drogas. É o uso das drogas. É a superpopulação. E o que tem de pior nas drogas? como é muito duro aquilo ali [...] se pra quem tá fora já é fácil você utilizar a droga lícita ou ilícita, ali dentro é imprescindível para o ser humano [...] você não tem nada ali, vivendo numa condição sub-humana, uma droga é um alívio – seja ela qual for – pra te tirar daquilo nem que seja por alguns minutos. [João].

Diante da constatação que a droga circula livremente nos equipamentos penais, conforme descrito na fala do entrevistado, parece não ser a droga o verdadeiro problema, ou melhor dizendo, não seria o combate às drogas o real motivo para a manutenção do sistema prisional e de todo o arcabouço que o legitima. Novamente, retornamos à ideia de

ressocialização, já demasiadamente criticada nesse estudo. A questão do proibicionismo de determinadas drogas é algo complexo e mostra ser, ao mesmo tempo, argumento e fator para o encarceramento em massa, servindo de pretexto para a exclusão de determinados sujeitos, já excluídos de uma cidadania plena, radical. Eis aí a exclusão dos excluídos.

8.2 O PERFIL DA PPL EM PERNAMBUCO E SEUS AGRAVOS DE SAÚDE: O QUE DIZEM OS GESTORES?

Nesta seção, pretende-se discorrer de forma breve sobre as características da PPL pernambucana e de alguns de seus agravos de saúde, de acordo com a perspectiva dos membros do Grupo Condutor. As informações prestadas pelos gestores se relacionam, em boa parte, com os dados oficiais do Ministério da Justiça e Segurança Pública, responsável pelo INFOPEN.

Parece óbvio, mas importa frisar que ao se falar sobre o perfil da PPL do estado, através da perspectiva dos gestores entrevistados, não se pretende homogeneizar esse perfil, muito pelo contrário. Cada gestor apresentou um entendimento diferenciado quanto ao perfil da população, dos agravos e das ações voltadas para atender essa população. As impressões apontam para heterogeneidade do perfil da PPL do estado.

Evidentemente que algumas ações desenvolvidas já foram finalizadas ao longo deste texto, como, por exemplo, a implantação dos sistemas de informação em saúde. Essas ações têm como pano de fundo inúmeras problemáticas presentes no sistema prisional do Estado, tais como o déficit de agentes penitenciários, a insalubridade dos espaços dos estabelecimentos, as relações de poder e a dificuldade de diálogo entre diferentes entes e outras especificidades que talvez nem tenham sido abordadas ou mencionadas no momento das entrevistas.

De certo, mesmo que o perfil apresentado pelos gestores se relacione com os dados do INFOPEN, apresentá-los nesse momento do trabalho é fundamental, pois a percepção do gestor também orienta a sua tomada de decisão. E, neste caso, o modo como ele enxerga as particularidades da PPL, incluindo os agravos de saúde que mais lhe chamam a atenção e demandam ações, quase sempre emergenciais, é o que pauta agenda do desenvolvimento da PNAISP no estado de Pernambuco.

Com relação ao perfil da PPL pernambucana, percebe-se, na fala dos gestores, que algumas características se aproximam com as do DEPEN, onde quase todos consideram ser ela uma população jovem, masculina, com baixa escolaridade e majoritariamente constituída por pessoas negras. Entretanto, algumas nuances quanto ao perfil foram destacadas, conforme descritas a seguir.

O perfil é o jovem envolvido em droga. Esse é o que a gente tem hoje. O perfil é masculino. O feminino vem aumentando, porque a gente tá empoderando muitas mulheres. Muitas estão deixando de ser aquela que era usada pelo companheiro pra ser a autora do que está fazendo. É geral? Não. Mas o cenário já vem mudando. ‘Ah, a mulher vítima [...]’. Vem chegando, novas, já vem sendo líder mesmo do delito. Tá tendo uma outra direção. Mas é lógico, a maioria são meninos, jovens, muito jovens, a maioria já com família, com meninas de menores vinculadas a eles com filhos. [Rorinildo].

Além dessa, as considerações de Rorinildo com relação ao perfil da PPL pernambucana prossegue, expondo uma problemática que mescla perfil, agravos de saúde e ações desenvolvidas, alvo deste tópico. Vejamos o que disse o entrevistado:

No Cotel, que é a porta de entrada, a gente faz o acompanhamento das menores emancipadas. Elas se emancipam pra visitar o companheiro. São meninas de 16, 17 anos, já mães – 100 meninas que a gente já tem aqui cadastradas. Eu fechei a porta de entrada. Só entra se passar por aqui, e aí eu consegui ter um diagnóstico de quem são essas meninas, se de fato elas são companheiras ou são agenciadas, porque a gente tinha muito isso: adulto, com menor dizendo que é companheira e aí, dentro, a prostituição, que também tem um embate na saúde. Querendo ou não, se não tem um embate dentro, tem um embate fora. São jovens, de 16 anos, grávidas, sem assistência nenhuma. E é essa faixa etária, novo, envolvido com droga ou assalto a mão armada. É esse o perfil dos jovens que vem entrando no sistema. Jovens, jovens, jovens.

A sensibilidade do gestor Rorinildo diante da situação das adolescentes emancipadas merece ser destacada como um exemplo de ação de saúde no seu sentido mais amplo, uma vez que envolve não só o conhecimento do perfil dessas adolescentes, mas permite o devido encaminhamento para a RAS e a rede intersetorial, considerando a situação de vulnerabilidade e os possíveis riscos, em especial a questão da prostituição dentro do âmbito prisional. Segundo ele, está em curso a confecção de um estudo mais detalhado acerca das condições das adolescentes emancipadas.

Essa ação aponta para a importância do diferencial da PNAISP, que é justamente seu intento em abarcar a comunidade prisional. Uma vez que as adolescentes visitam os seus companheiros e possuem um perfil de vulnerabilidade, é preciso pensar o cuidado, tanto do privado de liberdade como da própria adolescente emancipada.

A questão raça/cor também foi sinalizada pelos gestores e curiosamente são discrepantes nas duas falas seguintes.

Eu acho que a questão de raça e cor, hoje, é complicada. Não é mais só o negro, pobre, isso ou aquilo outro. Hoje tá de uma forma que não tem [...] Você vê muita gente de classe média, classe alta, que era o chefe do tráfico, que é quem tem um laboratório químico dentro de casa. São pessoas com graduação, pós-graduação, com estudo em si. Eu acho que isso, de que era só pobre, ou negro ou favelado, mudou muito. Não é mais assim não. Lógico que há muita gente que tem baixa renda, mas isso mudou muito. [Ênio].

Já o entrevistado Augusto apresenta uma outra ideia, dizendo que a PPL pernambucana se caracteriza por ser:

Pobre, negra, sem estudos. Quando a gente vai olhar, você não precisa nem contar. A olho você vê que população é essa. Uma população que não foi bem esclarecida, que não teve oportunidades, que não teve possibilidades de estudo. Então, assim, é muito gritante isso. Você vê pessoas que talvez não tiveram acesso ao mínimo, nem das noções básicas mesmo. E a questão da cor fica algo muito gritante. Majoritariamente negra.

Um dos agravos mais prevalentes no sistema prisional citado pelos entrevistados foi a tuberculose. A superlotação e as condições insalubres dos estabelecimentos penais colaboram para a disseminação da doença e a busca ativa nos pavilhões tem sido a estratégia para o cuidado desse agravo, haja vista que algumas pessoas privadas de liberdade não conseguem chegar à unidade de saúde prisional por vários motivos, dentre eles a questão da segurança.

A superpopulação, pela própria condição de moradia, já facilita a propagação de várias doenças, principalmente infectocontagiosas, como tuberculose. O que a gente tem feito? A gente não tem esperado acontecer. Então, antes era ‘tá com surto disso’, ‘tá com surto daquilo’. Então, a gente praticamente não teve mais esses surtos, porque a gente vem fazendo buscas ativas e tem pessoas privadas de liberdade que não são autorizadas a sair do pavilhão pra vir pra unidade de saúde, por questão de segurança. O que é feito? A gente monta equipe pra ir até lá. [Rorinildo].

As ações frente aos altos índices de tuberculose no sistema prisional também foram expressas por outro entrevistado.

A contaminação tem um número altíssimo de pessoas infectadas com TB no sistema prisional, uma proporção bem maior e a gente da saúde muito pouco pode fazer por isso. A gente vive muitas vezes nisso, sem poder intervir na causa real dos problemas de saúde. Tuberculose eu tenho muito bem monitorado. Porque a gente trabalha em parceria com a vigilância, onde o sistema prisional bem definido – quantos adoecem, os que estão em tratamento, percentual de cura, de abandono – e tá muito bom. [João].

Outras doenças infectocontagiosas, como as IST, também foram destacadas pelos entrevistados. Alguns gestores comentaram sobre a estratégia de ofertas de testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais para a PPL, já no momento em que elas chegam no equipamento prisional, porém, mesmo com essa iniciativa, os sujeitos entrevistados pontuaram como dificultadores, para ampliação dessa oferta, a superlotação, o fato de que alguns privados de liberdade não comparecem à unidade de saúde prisional, demandando que se faça o trabalho de mutirão nos pavilhões, assim como o estigma com relação a determinados agravos, pois há o receio da pessoa privada de liberdade de se expor dentro do próprio presídio caso o resultado dos testes seja reagente para a doença, já que muitos não fazem uso do preservativo.

Mais especificamente, em relação ao cuidado das pessoas que convivem com HIV/Aids, um dos entrevistados sugeriu que o indicador que melhor retrataria esse cuidado não seria o de número de testes rápidos ofertados, mas o da carga viral indetectável. O indicador teria, assim, impactos na prevenção do agravo, uma vez que a pessoa com carga viral indetectável não

transmite a doença. Isso também exibiria a relação da unidade de saúde prisional com a RAS e a adesão da pessoa privada de liberdade ao tratamento.

É uma dificuldade que a gente tem. A gente não consegue atingir 100% Tem muita coisa que ainda tá lá dentro e que a gente sabe, mas aí, muitas vezes, a gente bate de frente com a questão da segurança. Tem toda uma dinâmica por outras questões internas, que a gente não chega até lá, por mais que se faça mutirão, tem preso que ainda se sente intimidado ou até mesmo por causa do resultado e que não vai. [Ênio].

Outra questão de saúde e que se relaciona com a organização da unidade de saúde prisional e sua articulação com a RAS, diz respeito às cirurgias eletivas. Os entrevistados destacaram que o número de pessoas privadas de liberdade com hérnia é representativo. Mais do que um problema de saúde em si, que demanda intervenção cirúrgica, esses casos mostram a vulnerabilidade desse público peculiar, que antes mesmo do ingresso no sistema prisional já tinha o seu acesso à saúde negligenciado.

[...] a gente teve uma discussão no Ministério Público sobre o porquê de tantas hérnias serem detectadas na população jovem. E nós respondemos que é devido ao perfil de entrada: pobre, negro, sem nível de escolaridade. E isso significa o que? Que não teve acesso à saúde. A hérnia que ele nasceu com ela, vai com ela caminhando. Muitas vezes a gente percebe que tem uma hérnia de 1 centímetro. Todas as hérnias aparecem. [João].

Assim sendo, importa ressaltar que os agravos de saúde da PPL em Pernambuco – que certamente exemplificam o panorama nacional – não são problemas adquiridos somente no confinamento, mas sim situações que falam de uma população que esteve à margem de direitos, nesse caso, o direito a saúde. E tudo o que foi abordado até então está associado às particularidades históricas do sistema prisional de Pernambuco, reconhecido internacionalmente como um sistema de inúmeras violações de direitos.

8.3 SINGULARIDADES DE PERNAMBUCO: A SUPERLOTAÇÃO COMO ANALISADOR DA VIOLAÇÃO DE DH

O sistema prisional pernambucano é singular em vários aspectos, especialmente por sua superlotação, com uma alta taxa de ocupação, como já vimos.

Historicamente, esse sistema prisional também se destaca por conta das violações de direitos, denunciadas em 2011, que ocorriam no então Presídio Professor Aníbal Bruno – atual Complexo Prisional do Curado – localizado na zona oeste do Recife. Essas denúncias fizeram com que o Brasil fosse condenado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (CorteIDH), da Organização dos Estados Americanos (OEA).

Alguns organismos de promoção e de defesa dos DH locais e até internacionais iniciaram uma saga junto à OEA para denunciar essas violações, dentre eles a Pastoral Carcerária Nacional, a Pastoral Carcerária de Pernambuco, conjuntamente com a Justiça Global, o Serviço Ecumênico de Militância nas Prisões (SEIMPRI) e a Clínica Internacional de Direitos Humanos da Universidade de Harvard. Essas entidades confeccionaram, em 3 de junho de 2011, carta dirigida à CIDH com o seguinte teor:

[...] encontramos **vários presos com relatos e lesões de tortura**; alguns funcionários de saúde confirmaram que lesões graves, como aquelas produzidas por facadas, eram comuns no Aníbal Bruno. Também conversamos com chaveiros, um dos quais estava abertamente armado com um facão; outro chaveiro nos confessou que havia deixado 3 (três) presos no pavilhão sob seu controle serem espancados para ‘manter a disciplina’ [...] Em agosto e setembro de 2010, visitamos **o Pavilhão S (‘Saúde’), direcionado aos presos com doenças graves e infectocontagiosas, que reunia dezenas de presos com doenças gravíssimas sem qualquer atendimento regular**, dentre eles um preso com uma hérnia umbilical gigantesca que aguardava cirurgia havia 8 (oito) meses e na data da visita dos peticionários em abril de 2011, ainda não tinha sido encaminhado para cirurgia, portanto, já esperava há um ano e dois meses. No Pavilhão S também encontramos outros vários **internos com ossos quebrados que imploravam por remédios simples para dor, inclusive um homem idoso que dormia todos os dias no corredor sem colchão. Muitos presos com ferimentos graves ou que foram diagnosticados com doenças incluindo tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis como HIV** são mantidos em um pavilhão separado, o Pavilhão S, onde eles recebem tratamento médico extremamente insuficiente, quando recebem. Medicação é fornecida tão-somente aos presos com tuberculose. **Presos com ferimentos visíveis e doenças graves passam meses no pavilhão sem receber qualquer tratamento. O risco de infecção entre os presos é, sem dúvida, extremamente alto.** Todos esses casos sobre saúde listados acima foram apresentados por ofício com pedido de providências para as autoridades estaduais competentes no início de 2011, mas não obtivemos resposta (PASTORAL CARCERÁRIA DE PERNAMBUCO et al., 2011, grifo nosso).

Em abril de 2014, após o descumprimento das recomendações da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) da OEA, o Brasil foi condenado, pela CorteIDH, por conta das evidentes violações de DH no referido estabelecimento penal. A condenação de um Estado-nação junto a um Sistema de Defesa dos Direitos Humanos é considerada um constrangimento no cenário internacional, justamente por expor para todos os outros que aquele país é violador de DH. O sistema prisional do estado de Pernambuco foi o único das Américas que recebeu diretamente a visita dos membros da CorteIDH, algo inédito, uma vez que o papel de investigação *in loco* das violações é de atribuição da CIDH e não da Corte.

A CIDH visita regularmente o Complexo Prisional do Curado e todos os relatórios de inspeção são submetidos à CorteIDH que, por sua vez, confecciona documentos no formato de resoluções, sinalizando problemas, sugestões e estabelecendo prazos para cumprimento de determinada ação. A resolução de 28 de novembro de 2018 da CorteIDH apontou que: “apesar do tempo transcorrido, as medidas dispostas desde 2014 não possibilitaram a melhoria concreta

das condições de detenção das pessoas que se acham privadas de liberdade no Complexo de Curado” (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2018, p. 17).

Com relação à superpopulação carcerária do Complexo Prisional do Curado, o documento prossegue ao afirmar que:

A Corte verifica que essas pessoas sofrem as consequências de uma superpopulação com densidade que ultrapassa os 200%, quando os critérios internacionais - como o do Conselho da Europa – salientam que ultrapassar 120% implica superpopulação crítica (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2018, p. 17).

Diante das informações descritas na resolução da CorteIDH/OEA, é oportuno sublinhar que as inspeções realizadas e que originam tais documentos ocorrem no Complexo Prisional do Curado, porém, mesmo sendo uma ação de proteção dos DH nas três unidades prisionais que configuram o referido complexo, é possível conjecturar que essa seja a realidade do sistema prisional de Pernambuco como um todo.

É o que pode ser deduzido a partir da fala de um dos gestores entrevistados. Quando indagado sobre o papel do Grupo Condutor no processo de implementação da política no estado, ele foi enfático ao afirmar que o foco das ações tem sido nas unidades prisionais localizadas na capital. E sua fala corrobora com a dedução exposta nas linhas anteriores.

[...] como a gente tem o Complexo como algo de maior peso enquanto saúde prisional, de repercussão não só no estado, mas nacional, internacional até, por conta dos descasos; se a que tem o maior olhar e que todo mundo trabalha em prol de modificar, porque é cobrado, está do jeito que está, eu fico imaginando as outras como não é negado esses processos. Porque a gente escuta muita coisa das outras unidades também, mas não vai ter a mesma repercussão porque não está na capital. Talvez seja até mais negligenciado, ou talvez não seja. Mas a impressão que dá é essa: se a gente pensa num local que tem toda essa supervisão, esse olhar de monitoramento, as condições são impróprias, então eu imagino que as outras não devam estar a contento. [Augusto].

A superlotação do sistema prisional de Pernambuco também foi sinalizada pelo Monitor da Violência, a partir da entrevista realizada com Pedro Eurico de Barros e Silva, Secretário de Justiça e Direitos Humanos do estado de Pernambuco. Para ele, o galopante aumento da criminalidade, associado ao aparato do sistema de justiça pouco eficaz, seria um dos fatores para o aumento da população carcerária no estado.

Tudo isso colaborou para crescer essa população carcerária. Acho que tem também o problema dos presos provisórios. Infelizmente, acho que Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, até a Ordem dos Advogados, todos que estão dentro da relação processual, tem uma parcela de culpa. Todos temos que fazer uma mea-culpa. Nós prendemos e não julgamos (VELASCO et al., 2019).

E continua a apresentar seus argumentos, defendendo o monitoramento eletrônico, além de ratificar o quão obscuro é o sistema prisional.

Eu sou entusiasta do monitoramento eletrônico. É uma questão simples, matemática. Enquanto um preso custa em média R\$ 2 mil, R\$ 2,5 mil, nos estados de

baixo custo, um preso monitorado custa R\$ 230. Depois, **ele está perto da família. Não está no sindicato do crime, da morte, no qual se transformaram vários presídios no país** (VELASCO et al., 2019, grifo nosso)

É nítido que a superlotação do sistema prisional pernambucano é um dos seus maiores problemas, talvez o maior pensando a sua interferência direta e cotidiana na vida das pessoas privadas de liberdade, mas é claro que há outros aspectos estruturais que legitimam essa superlotação e aqui isso não é negado.

Quando se fala dessa questão, somos quase que instantaneamente direcionados ao que foi debatido no tópico anterior deste trabalho: a ideia de integralidade possível de Pitta e Rivera (2006). É possível garantir uma atenção integral à saúde para a PPL presente nos estabelecimentos penais do Estado? “Não. Sem condições”. Essa foi a resposta de um dos entrevistados.

A fala de outro entrevistado exemplifica a problemática da superlotação e tantos outros atravessamentos. Mesmo compondo a gestão do sistema prisional do estado, o entrevistado não hesitou e expôs sem rodeios o quadro da superlotação do sistema prisional de Pernambuco e como isso afeta diretamente a saúde das pessoas encarceradas.

A questão sanitária é absurda, os espaços mesmo de encarceramento que não tem nenhuma condição e que são insalubres. A gente sai de lá com a sensação de que está sujo, só de você olhar o ambiente. A questão da superlotação, a quantidade de ppls em um local só, de não ter esgotamento [...] A questão da água! Água é vida. É a questão mais simples e a gente sabe que não é tão simples você beber água que não é filtrada. No feminino mesmo, aquele retorno do esgoto, basta duas chuvas e o esgoto volta todo pro pátio, e é aquele o pátio onde elas ficam. ‘Ah, mas são poucas mulheres’. Não é bem assim! A questão da ventilação, a gente tem um número alto em relação à tuberculose. Como mudar esses números se eu tenho uma superlotação, um ambiente fechado, a alimentação que a gente acredita que não seja tão adequada quanto deveria ser? Os espaços vão sendo adaptados pra atender a necessidade, mas é uma falsa adaptação. São condições horríveis e que, quando a gente fala na questão sanitária e epidemiológica, nada vai contribuir pra gente modificar esse perfil de adoecimento nesses espaços. Esse processo, não tem como isso não interferir na saúde dessas pessoas [...] Não adianta sensibilizar 10 vezes o pessoal lá dentro. Se eu não modifico o ambiente, também não adianta. Se a gente não tem mudança na estrutura física, a gente não tem mudança no perfil epidemiológico. [Augusto].

Por considerarmos a importância de outros estabelecimentos penais para além dos grandes equipamentos, como presídios e penitenciárias, importa falar sobre a estrutura física desses outros estabelecimentos. Antes, cabe sinalizar que, apesar do INFOPEN (BRASIL, 2019) mencionar que são 78 estabelecimentos penais no sistema prisional de Pernambuco, dos quais 74,85% são destinados ao público masculino, os gestores entrevistados disseram que o referido sistema possui 22 equipamentos classificados como penitenciárias, colônias agrícolas, industriais ou similares; centros de observação ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e mais 57 cadeias públicas, o que totalizaria 75 equipamentos.

Com relação aos outros tipos de equipamentos penais, foi realizada busca, no sistema Geopresídios, das cadeias públicas do estado de Pernambuco. Salientamos que os dados visualizados aparentavam não estar atualizados, com poucos relatórios de inspeção com sinalizações de cunho qualitativo. Mesmo assim, os campos do formulário e as próprias informações contidas no Geopresídios abrem caminho para inúmeras reflexões.

Essa busca resultou na localização de 60¹⁰ estabelecimentos dessa natureza no estado, com o seguinte quantitativo com relação à atualização: 30 (2018), 16 (2017), 05 (2016), 07 (2015) e 01 (2011). Entretanto, nota-se que o próprio sistema Geopresídios não é tão fidedigno, uma vez que, de acordo com os gestores entrevistados, o estado de Pernambuco possui 53 cadeias públicas e não 60, ou até mesmo 59. Ademais, o número de cadeias públicas constantes no sistema Geopresídios também não está de acordo com o quantitativo mencionado no recente relatório do INFOPEN. De todo modo, a plataforma não pode ser ignorada, sendo uma ferramenta importante para o conhecimento do sistema prisional brasileiro, inclusive por ser ela a base para o cálculo do repasse financeiro, como visto.

Feita essa observação, considerando as 59 cadeias com informações no sistema, a PPL do estado seria de 1.829 pessoas para 2.002 vagas, o que não mostraria uma superlotação se analisarmos somente esse quantitativo total, porém havia cadeias públicas com número acima da sua capacidade projetada, como, por exemplo, três municípios do Agreste do estado com a seguinte realidade: 140 pessoas privadas de liberdade para 105 vagas (dados de março de 2018); 101 pessoas privadas de liberdade para 42 vagas (dados de fevereiro de 2018) e 54 pessoas privadas de liberdade para 30 vagas (dados de abril de 2018). Das 59 cadeias, duas são destinadas para o público feminino e têm no total 75 mulheres. Frisa-se que uma delas, localizada no sertão do estado, possuía no total 55 mulheres, porém 39 (71%) já foram sentenciadas, ou seja, são presas em cumprimento de pena no regime fechado (29) e no regime semiaberto (10).

Outro campo do relatório do sistema Geopresídios diz respeito às condições do estabelecimento penal, que podem ser classificadas como boas, regulares, ruins e péssimas. Das 59 cadeias públicas, somente duas foram classificadas como boas, porém vale ressaltar que se trata de cadeias públicas com dados desatualizados, de dezembro de 2015 e de junho de 2017. As outras 57 foram consideradas regulares (26), péssimas (18) ou ruins (13). Das 30 que possuem dados de 2018, 11 estavam em condições regulares, 10 consideradas péssimas e nove classificadas como ruins.

¹⁰ Não foi possível verificar dados de uma das 60 cadeias públicas devido a erro no sistema. Com relação ao número de estabelecimentos atualizados por ano, os dados foram pesquisados em dezembro de 2018.

Ainda com relação às condições dos estabelecimentos penais, foram registrados vários problemas nos relatórios de inspeção. A maioria deles envolve os aspectos da estrutura física das cadeias públicas do estado, conforme alguns fragmentos descritos a seguir.

RELATO 1: Uma equipe médica avaliou todos os detentos poucos dias antes da inspeção judicial. Segundo relatos do diretor da prisão, nenhuma doença grave foi detectada. Os prontuários médicos ainda não me foram enviados, apesar de já solicitados. Estrutura extremamente precária. Falta muita coisa. Há detentos dormindo no chão ‘batido’, sem ao menos colchonete. Falta estrutura também para os policiais e/ou agentes penitenciários que trabalham no local. As cadeiras por eles utilizadas sequer possuem encosto. [Cadeia Pública de um município do sertão pernambucano, março de 2018].

RELATO 2: [...] necessário implementar projetos públicos para permitir aos presos o acesso à adequada assistência médica e odontológica; implementar o fornecimento de alimentação para os detentos pelo Poder Público (atualmente o fornecimento das refeições é feita pelos próprios familiares, sendo que se o detento não tiver parente residindo próximo, tem que solicitar ajuda dos demais presos. [Cadeia Pública de um município do agreste pernambucano, fevereiro de 2018].

RELATO 3: A caixa de água para abastecimento dos alojamentos e celas se encontra destampada e com sistema de bombeamento improvisado e inadequado, causando risco de proliferação de mosquitos como o *Aedes Aegypti* e risco de choque elétrico. Não há ligação da cadeia pública com o sistema de coleta de esgoto, de modo que todos os dejetos ficam depositados em uma fossa [...] O esgoto que recebe os dejetos das celas fica a céu aberto, sem qualquer proteção, no pátio externo da cadeia. O odor é insuportável. Nenhuma das celas possui água encanada [...] os detentos armazenam a água em garrafas de dois litros, tanto para consumo quanto para higiene pessoal. [Cadeia Pública de um município do sertão pernambucano, junho de 2017].

Por fim, verificou-se que 47% das cadeias públicas do estado não possuem assistência à saúde. Essa informação aparece no eixo dos Direitos do formulário de inspeção dos estabelecimentos penais. Desse universo, 53% foram classificadas como tendo condições regulares. Se considerarmos somente as 30 cadeias públicas com dados atualizados em 2018, o percentual desse tipo de equipamento, onde não há prestação de assistência à saúde, seria de 43%, sendo 46% em condições regulares.

Após filtragem, foram identificados 45 relatórios de inspeção referentes ao ano de 2018¹¹. Esses documentos congregam campos que interessam o setor saúde, tais como: se há ou não assistência à saúde; o número de internos em cumprimento de medida de segurança (casos de pessoas que foram privadas de suas liberdades por terem transgredido a lei em virtude de sofrimento psíquico); o número de presas gestantes; a existência ou não de enfermaria e também de gabinete odontológico; o quantitativo de mortes naturais; o quantitativo de mortes acidentais por homicídio; e o quantitativo de mortes por suicídio.

Diante do exposto, nota-se que o sistema prisional apresenta vários desafios, principalmente no que se refere ao direito à saúde das pessoas privadas de liberdade,

¹¹ Formulários referentes ao período de janeiro a outubro de 2018.

custodiadas em todos os equipamentos prisionais. O estado de Pernambuco possui características singulares quanto ao seu sistema prisional, o que exige conhecer essa realidade que acomete parte significativa de sua população.

8.4 ENTRE AMARRAS E SOLTURAS: O PARADOXO DO PACTO PELA VIDA E DAS AUDIÊNCIAS DE CUSTÓDIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO

A dinâmica das relações de poder é tão complexa que pode fazer com que determinadas iniciativas – antes forjadas como instrumento do Estado para garantir direitos – possam, a depender das circunstâncias e interesses em jogo, ser transformadas em armadilhas que contrariam a sua própria natureza, melhor dizendo, o sentido, a direção para o qual foram criadas. O encarceramento em massa é um desses exemplos e mostra que o estado de Pernambuco expõe tons mais graves, mais acentuados, nesse quesito se comparado à realidade do cenário nacional. Muito se questiona sobre duas iniciativas que implicam na perpetuação do encarceramento em massa no estado, sendo eles o Pacto pela Vida e as chamadas audiências de custódia. Seriam elas novas tecnologias para o aprisionamento em larga escala e, conseqüentemente, para o fortalecimento da exclusão dos excluídos?

O Pacto pela Vida (PPV) foi criado em 2007 pelo então governador do estado de Pernambuco, Eduardo Campos, como plano estratégico da política de segurança pública estadual, tendo como meta a redução dos crimes violentos, letais intencionais (CVLI), que englobam o homicídio doloso, latrocínio e lesão corporal seguida de morte. A construção do Pacto e o seu foco na redução dos CVLI expressava, na época, a necessidade de traçar uma série de iniciativas de aperfeiçoamento da política de segurança pública do estado e isso incluía a incorporação financeira para os agentes de segurança pública por meio de premiações, bonificações e gratificações (MACÊDO, 2012).

De fato, os primeiros anos do PPV mostraram resultados na redução dos CVLI, todavia, a partir de 2011, ainda na gestão do supracitado governador, houve uma significativa mudança na política de gratificações do PPV, que começou a premiar os policiais também pela apreensão de drogas. A própria existência do PPV e agora a premiação na questão da apreensão de drogas ilícitas trouxe reflexos para o sistema prisional, com o aprisionamento de mais pessoas, tornando ainda mais grave a superlotação carcerária no estado (NASCIMENTO, M., 2018).

Além do PPV, outra tecnologia paradoxal que vem colaborando para o encarceramento em massa em Pernambuco são as chamadas audiências de custódia. Essa modalidade de intervenção do sistema de justiça foi adotada pelo Brasil no início da década de 90, após o país

ratificar, a partir do Decreto nº 678/1992, as recomendações da Convenção Americana de Direitos Humanos, mais especificamente ao Pacto de San José da Costa Rica, estabelecido em 1969.

Com base na mencionada convenção, a audiência de custódia deve ocorrer o mais breve possível após a detenção. Seu objetivo é verificar se a prisão deverá ser mantida ou não. Todavia, as audiências de custódia – que poderiam ser um momento para conhecimento da pessoa presa, inclusive de uma escuta qualificada para traçar outras possibilidades para além da prisão, bem como de verificação das violações quanto à prisão em si e ao tratamento ofertado ao preso – tornaram-se um julgamento antecipado, um instrumento de interrogatório. A audiência de custódia passa a ratificar a prisão, a lógica do encarceramento, e com isso deixa de atender a finalidade para o qual foi criada, ou seja, a de analisar se a prisão deve ser “mantida, relaxada, ou até mesmo substituída por medidas cautelares diversas” (PACELLI, 2018).

As audiências de custódia também foram pautadas na já mencionada resolução de 28 de novembro de 2018 da CorteIDH/OEA. Segundo a resolução:

As medidas implementadas pelo Estado são o mínimo para enfrentar a superlotação e a superpopulação [...], no entanto, que a questão não é enfrentada de maneira decisiva; razão pela qual se evidencia um problema estrutural que o Estado não solucionou. As audiências de custódia não representam, por si só, um alívio do cenário de superlotação e superpopulação do sistema carcerário de Pernambuco (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2018, p. 15).

Nessa mesma resolução da CorteIDH/OEA, foi apresentado o quantitativo de audiências de custódia realizadas no período de março a junho de 2018 e o encaminhamento das audiências, ou seja, se os indivíduos foram enviados à prisão ou liberados. Após cálculos com base nos números apresentados, concluiu-se que 59,03% dos indivíduos que participaram das audiências de custódia tiveram como encaminhamento a prisão, fato que merece reflexões a respeito da efetividade desse dispositivo jurídico, no que tange à oferta de outras modalidades de cumprimento de pena.

Paralelamente às audiências de custódia no estado de Pernambuco, há uma outra questão sinalizada pelo relatório de inspeção da CorteIDH/OEA, que se relaciona com o encarceramento em massa no sistema prisional do estado e mostra os paradoxos dessas iniciativas, antes forjadas para diminuir a superlotação dos estabelecimentos penais.

De acordo com o documento, foram destinados recursos federais para a criação e ampliação de unidades prisionais, perfazendo um total de mais de 4962 novas vagas, das quais 208 serão no próprio Complexo Prisional do Curado, estabelecimento alvo das denúncias, justamente devido a sua superlotação.

Para os gestores entrevistados, a lógica do encarceramento em massa é uma política em curso, a despeito das audiências de custódias, e que, quer queira ou não, cronificam ainda mais a realidade do sistema prisional pernambucano. Quando indagados sobre o fenômeno do encarceramento e sua relação com as audiências de custódia, bem como sobre a ampliação do sistema e de novas vagas, eles foram enfáticos em suas afirmações.

O quantitativo de presos aumentou. Mesmo com as audiências de custódia. quando a gente chegou, tinha 33 mil caiu para 29 mil, e do ano passado pra cá, final de 2017, início de 2018 até agora, ele (o número) retornou. Porque a audiência de custódia a gente tem que ver o seguinte [...] hoje, ela vai servir pra quem? [...] O tráfico, dependendo do entendimento do delegado, ele cai como tráfico e não como uso, porque não tem no código penal determinado o quantitativo do que é uso e do que é tráfico. Basta ele estar com 10g de maconha e 20 reais trocados, que já configura, já se entende que seja um tráfico. É complicado dizer que a audiência de custódia veio para diminuir o quantitativo das unidades, o quantitativo da entrada de presos. [Edvaldo].

Outro gestor fez questão de registrar que, inicialmente, houve redução no encarceramento a partir das audiências de custódia.

Assim que implantou a audiência de custódia, realmente teve uma redução no encarceramento. Só que esses que passaram pela audiência de custódia foram encarcerados, que ficaram com medidas alternativas ou não, no caso [...] O que tá acontecendo? Ainda não foi feito nenhum estudo, mas o que foi observado é: **as pessoas que foram pra audiência de custódia não foram pro encarceramento, mas passou novamente** [...] não tem como ele não ser encarcerado. **O ciclo que se fechou, como se fosse as mesmas pessoas rodando nessa questão da criminalidade. O encarceramento ele já tá tendo, e nessa lógica da audiência de custódia** que a gente conversou. [Rorinildo, grifo nosso].

E um outro entrevistado prossegue:

A gente continua com uma superpopulação, com algumas modificações, já se inaugurou Itaquitinga, três unidades e uma que vai ser federal, pra dar uma aliviada. Mas eu não sei até que ponto esse negócio de ir construindo presídio pra ir colocando mais gente [...] eu acho que deveria se pensar muito mais nessa questão do encarceramento. [Ênio].

Para Pacelli (2018), a estratégia das audiências de custódia para ofertar penas alternativas à privação de liberdade é louvável, porém carece de maior clareza e regulamentação quanto aos detalhes para a sua operacionalização. Além disso, o autor chama a atenção do papel dos organismos que compõe o sistema de justiça, principalmente o Ministério Público, órgão independente e que, na opinião do autor, tem tido papel fundamental nessa empreitada jurídica.

Sendo assim, o PPV e as audiências de custódia mostram que o encarceramento em massa cresce a passos largos no estado de Pernambuco e que uma intervenção, inicialmente produzida para solucionar determinado problema, pode ser capturada, desvirtuando-se, a depender do contexto e do jogo de forças das relações de poder, do seu objetivo principal.

As singularidades do sistema prisional do estado de Pernambuco apresentam desafios e impõem muitos outros, tão complexos quanto os que já foram explicitados. Esses aspectos

interferem direta ou indiretamente nas condições de vida e de saúde da PPL e, obviamente, no processo de uma política de saúde destinada a esse público.

8.5 “A MINHA PARTE É CUIDAR DE QUEM ESTÁ LÁ DENTRO”: O DESENVOLVIMENTO DA PNAISP NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Os resultados relacionados ao desenvolvimento da PNAISP no estado de Pernambuco englobam a apresentação dos sujeitos que foram apontados pelos membros do grupo condutor como centrais no cotidiano dessa política específica; as ações desenvolvidas destinadas às pessoas privadas de liberdade, ao itinerário carcerário e a comunidade prisional; as dificuldades, as facilidades, os desafios e os avanços significativos; e o que os gestores entrevistados pensam quanto ao futuro da saúde prisional diante do cenário de crescimento do discurso punitivo.

Cabe pontuar que muitos estudos utilizam o modelo de análise *SWOT* para se debruçar sobre partes de uma intervenção¹². Neste, não foi utilizado esse modelo, porém, ao tratarmos das dificuldades, facilidades, avanços e desafios da PNAISP no estado de Pernambuco à luz da A.I., observou-se o movimento da política, compreendendo e analisando o que se encontra cristalizado, emperrado em seu processo e, principalmente, as possibilidades de transformação e de novas configurações em sua maquinaria.

8.5.1 “Nada no sistema prisional é fácil. Tem que se ter muito diálogo, muito quebra-pau para se chegar a um denominador comum”: Os Sujeitos da PNAISP em movimento

As falas dos entrevistados aqui transcritas têm algo em comum: o reconhecimento dos limites e dos seus papéis na condução da PNAISP em Pernambuco. Como vimos anteriormente, a ideia da integralidade esteve presente desde o PNSSP e agora, com maior intensidade, na PNAISP, ampliando as ações de saúde para o itinerário carcerário e para a comunidade prisional. A integralidade tangencia a dimensão do cuidado e sua materialização necessita do diálogo, ainda que com embates, dos sujeitos que movimentam a política de saúde prisional no estado de Pernambuco. É como visto na fala de Ênio, ao afirmar que:

O que a gente tenta dentro do sistema é: dar o mínimo que a gente tenha condições de dar. Por mais que a gente faça, ainda é pouco em questão de saúde, em uma das reuniões que nós participamos, o que foi dito é que com o pouco que se tem e o pouco

¹² A análise SWOT se utiliza de uma matriz estratégica de planejamento para tomada de decisão e que envolve quatro partes distintas e que devem ser observadas: strength (forças), opportunities (oportunidades), weakness (fraquezas) e threats (ameaças). Essa matriz/análise também é conhecida como matriz FOFA, na tradução para o português das partes mencionadas.

que se faz, está melhor do que se era, e melhor que a saúde que se tem aqui fora, apesar de todas as dificuldades.

E quais são os sujeitos que operam essa política específica no estado de Pernambuco? São muitos, obviamente, mas neste trabalho temos interesse por aqueles que compõem o Grupo Condutor da política. Entretanto, as entrevistas indicaram outros sujeitos, que não necessariamente fazem parte do Grupo Condutor, mas que têm relevante papel no processo de implementação da PNAISP no estado. De fato, os sujeitos, tal como a própria política, estão em movimento, pois, como vimos na perspectiva arendtiana, a política diz respeito à relação, ao entre, ao que acontece e é estabelecido entre homens.

8.5.1.1 O Grupo Condutor: grupo-assujeitado ou grupo-sujeito?

O Grupo Condutor é uma obrigatoriedade posta pela Portaria Interministerial nº 01/2014, que institui a PNAISP, em seu artigo 19, tendo como componentes os representantes nos estados: Secretaria de Saúde, Secretaria de Justiça ou congêneres, Administração ou congêneres, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e Apoio Institucional do Ministério da Saúde. O artigo 19 da referida política traz quatro incisos que versam sobre as atribuições do Grupo Condutor, sendo elas: mobilizar; apoiar; identificar e apoiar; monitorar e avaliar a implantação e a implementação da política no âmbito local.

O Grupo Condutor é, portanto, uma instância deliberativa fundamental para consubstanciar a política de saúde prisional. Ainda que instituído por uma normativa, o Grupo Condutor pode ser visto como instância, como arena de relações de poder, conflitos, interesses, consensos e dissensos. Essa instância de tomada de decisão não é aqui concebida como somatório de indivíduos ou como unidade homogênea.

O grupo é uma instituição e, portanto, apresenta complexidades que falam de um caráter heterogêneo. Por se tratar de algo constituído e que ao mesmo tempo se constitui em um campo de correlações de força, ele pode ser entendido de dois modos: grupo-assujeitado e grupo-sujeito. O primeiro modo diz respeito ao grupo que se caracteriza por operar com uma postura servil, que obedece cegamente às normas, estando refém delas. Por sua vez, o segundo modo fala do grupo que, na sua heterogeneidade, se coloca de forma autônoma capaz de subverter realidades (BARROS, 2007).

A compreensão de que o grupo é uma instituição e de que se apresenta nos dois modos discutidos por Barros (2007) nos enlaça à fundamentação teórica deste trabalho, ou seja, aos

preceitos da A.I. Se o grupo é uma instituição, logo ele é a expressão da dialética instituído-instituinte e, também por isso, apresenta contradições.

Sendo assim, é interessante refletirmos sobre o Grupo Condutor da PNAISP em Pernambuco como um importante sujeito, que ora pode ser um grupo-assujeitado e ora pode ser um grupo-sujeito, transitando de modo fluido quanto a esses modos de operação, sem necessariamente estar preso ou engessado a tais polos. Ainda assim, essa questão abre caminhos para refletirmos sobre a qual instância, na engrenagem do poder, esse grupo se assujeita ou não. Em outros termos, para que, para quem e como esse grupo se assujeita? Para que, para quem e como esse grupo insurge?

Por esse prisma, vale ressaltar a compreensão da A.I. quanto a tríade instituído-instituinte-institucionalização. Ela nos adverte para que não tenhamos um olhar maniqueísta, considerando o instituído como o *vilão* e o instituinte como *mocinho* nesse enredo do processo de institucionalização. Apesar de antagônicos, o instituído e o instituinte dão o caráter contraditório da instituição, pois nela há o que já foi mencionado na fundamentação teórica deste trabalho: o germe da dissolução.

Se a política, no sentido do termo legal e aqui representada pela PNAISP, e o Grupo Condutor são compreendidos enquanto instituições, é preciso que observemos suas contradições e para que e em quais lógicas elas operam. Quais as singularidades do Grupo Condutor da PNAISP no estado de Pernambuco? O que dizem os sujeitos da gestão?

Os entrevistados foram unânimes ao considerarem o Grupo Condutor relevante para a condução da PNAISP no estado, mas expressaram desafios, expondo fragilidades quanto ao desenho do grupo, sua periodicidade, seu papel e funcionamento na condução da política, dentre outros pontos, além de sugerirem alternativas em face dos desafios expostos.

Uma das fragilidades observadas foi a não regularidade dos encontros do grupo. A normativa legal da PNAISP não estipula uma periodicidade dos encontros, ficando a cargo dos estados defini-la. Mesmo assim, entende-se que os processos relativos às funções gestoras do SUS emanam dos encontros entre os sujeitos envolvidos com a implantação e/ou implementação da política. Ainda que o arcabouço legal não tenha institucionalizado uma periodicidade para os encontros, o âmbito local possui essa autonomia. Vejamos a fala de um dos entrevistados, quando indagado sobre o Grupo Condutor e suas fragilidades.

Esse Grupo Condutor ele vem tentando se colocar enquanto realmente posição que ele deve ter, enquanto papel de gestão, de articulação, desse processo. Ele tem algumas fragilidades. Como eu faço parte de outros conselhos, outros grupos, ou de comitê, normalmente tem uma periodicidade definida. É mensal? É bimensal? A gente não tem, não está tão especificado esses encontros. [Augusto].

Outra fragilidade sinalizada pelos entrevistados foi a forma de condução do Grupo Condutor. Apesar da Portaria que sanciona a PNAISP ser do tipo interministerial, ou seja, assinada por pastas distintas do poder executivo federal, ela delega às Secretarias de Saúde a responsabilidade de condução do grupo. Para alguns dos sujeitos entrevistados, o Grupo Condutor funciona de modo não compartilhado, gerando conflitos, o que não potencializa a tomada de decisão de maneira coletiva. Possivelmente, essa dificuldade, bem como as demais, tem como origem concepções distintas quanto ao papel desse dispositivo de gestão.

A intenção é de que se tenha uma gestão compartilhada. Aqui em Pernambuco, a gente teve alguns contratemplos na condução do Grupo Condutor. Você se reunia e já era bem focal, pra atender uma demanda, um problema de uma unidade. A reunião era pra resolver pontos focais, não estava se reunindo pra pensar, por exemplo: a gente iniciou 2019 e como vai funcionar a saúde no sistema prisional? O que a gente observou em 2018, o que a gente vai atuar em 2019? Não teve esse ano ainda. Teve encontros, mas não o do Grupo Condutor. [Rorinildo].

Outro entrevistado também ressaltou o modo não compartilhado do Grupo Condutor. Ao ser questionado sobre o papel do grupo, ele menciona que esse papel:

Seria realmente o de monitorar e avaliar como é que está acontecendo isso, mas não é algo que vem acontecendo. Mas eu não consigo observar que é isso que vem sendo executado. Até pela própria forma que o Grupo Condutor veio foi sendo conduzido. **Acabou que ficou mais dos informes e não de que a gente consiga discutir e dialogar, nesse sentido de construir algo junto, de pensar essa implantação ou implementação de Política.** Ele vem muito mais pra cumprir proforma [...] **a pauta quando chega é sempre uma pauta pronta**, das temáticas de algum informe que eles querem deixar amarrado o que foi discutido ali, mas já chega pronto. **Não é algo que vai pra discussão e entendimento de como o Grupo acredita que seja melhor que aconteça.** [Augusto, grifo nosso].

E prosseguiu, ao afirmar que além do funcionamento proforma, o Grupo Condutor se detém às unidades prisionais localizadas na capital pernambucana, não se atentando para os outros estabelecimentos penais do estado.

A gente não tem uma proximidade muito grande com as outras unidades prisionais. Sempre quando tem essas reuniões, acaba sendo o foco maior no Complexo do Curado ou na Colônia Feminina, e acabam sendo essas discussões. Quando entram as outras discussões não têm o mesmo peso das reuniões quando o envolvimento é em relação ao Complexo. É como se fosse mais superficial. Fica mais como se fosse um informe do que está acontecendo, não enquanto discussão de qual seria a melhor forma, de como é que a gente poderia articular melhor. Já chega como informe. [Augusto].

Nota-se que ocorre nesse funcionamento interno do Grupo Condutor, aquilo que já tecemos a respeito do grupo-assujeitado e do grupo-sujeito. Nessa correlação de forças, um ou outro termina por impor a sua lógica, ainda que momentaneamente. O fato da norma que sanciona a PNAISP colocar as Secretarias de Saúde como responsáveis pela condução do Grupo Condutor é compreensível, mas expõe e acirra as relações de poder. A leitura engessada da normativa legal pode aprisionar o Grupo Condutor, tornando-o grupo-assujeitado diante da

política. Ao mesmo tempo em que internamente esse processo de assujeitamento ou de insurreição também acontece, tornando um representante do Grupo Condutor submetido ou não aos ditames de um outro.

No sentido de trazer outras possibilidades para o Grupo Condutor, alguns entrevistados fizeram críticas e sugestões.

Ele existe, mas não o vejo atuante. Ele acaba ficando muito restrito. Um Grupo Condutor de três pessoas é quase um colegiado. Acaba ficando muito restrito esse processo de discussão. No início tinha várias pessoas que eram convidadas, que se mantinham presentes, mas nos últimos tem se resumido a quatro pessoas. [Ênio].

Essa inquietação quanto aos componentes, ou melhor, quanto às representações no Grupo Condutor também foi mencionada por outro gestor.

E o que está se pensando? Em fazer uma leitura do que hoje está instituído em Pernambuco. Em outro formato, ampliando o número, porque tem aqueles atores que têm na Política e a gente não pode ampliar, mas a gente precisa porque não dá conta – só SERES e Saúde. E na hora que a gente tem dificuldade chama os parceiros. A gente precisa trazer esses outros parceiros pro Grupo Condutor. O Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria, eles poderiam estar contribuindo. Pessoas e instituições que possam contribuir com essas várias ações dentro do sistema. [Rorinaldo].

Estabelecer a continuidade de uma política de saúde para o contexto prisional requer inúmeras leituras, para além das esferas da Saúde e da Justiça

Sem dúvida alguma, a sugestão feita pelo gestor entrevistado a respeito da ampliação do Grupo Condutor – abrangendo outros sujeitos e instituições – faz sentido, ainda mais se considerarmos os princípios, as diretrizes e os objetivos da PNAISP. Convém lembrar aqueles que se articulam com a sugestão mencionada (BRASIL 2014):

VI – valorização de mecanismos de participação popular e controle social nos processos de formulação e gestão de políticas para atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade (Princípio - Art. 3 da PNAISP).

I - promoção da cidadania e inclusão das pessoas privadas de liberdade por meio da articulação com os diversos setores de desenvolvimento social, como educação, trabalho e segurança (Diretriz - Art. 4 da PNAISP).

V - intersetorialidade para a gestão integrada e racional e para a garantia do direito à saúde (Diretriz - Art. 4 da PNAISP).

IV - promover as relações intersetoriais com as políticas de Direitos Humanos, afirmativas e sociais básicas, bem como com as da Justiça Criminal (Objetivo - Art. 6 da PNAISP).

V - fomentar e fortalecer a participação e o controle social (Objetivo - Art. 6 da PNAISP).

Tomando-se a crítica-sugestão feita pelo gestor entrevistado, confrontando a sua fala com os incisos que foram lembrados, verifica-se que no interior da própria política, melhor dizendo, da normativa que a institui, há contradições. Não inserir no Grupo Condutor outros

sujeitos e instituições mostra uma compreensão estreita a respeito do que é saúde, ainda mais uma saúde no contexto prisional.

Além disso, uma das instituições citadas na sugestão do entrevistado foi o Ministério Público. Vimos no capítulo anterior que esse órgão, assim como outros, possui importante papel na lógica do encarceramento, em especial nas audiências de custódia em Pernambuco.

Obviamente, a sugestão para ampliação do Grupo Condutor deve ser analisada com cautela, justamente para que sua operacionalização ocorra de modo a permitir que o grupo seja, de fato, plural e assertivo na tomada de decisão, pois isso teria impactos na vida de um número expressivo de pessoas privadas de liberdade no sistema prisional.

8.5.1.2 O Apoiador Institucional, a Coordenadora Local e o Supervisor de Saúde: elo ou duelo?

De antemão, é necessário mencionar que esses três sujeitos, responsáveis pela gestão local, pela execução das ações de saúde *in loco*, dentro dos estabelecimentos penais, não foram entrevistados, mas citados nas entrevistas com os gestores. Desse modo, não foi possível traçar, de modo detalhado, as especificidades desses sujeitos. Mesmo assim, cabe aqui sublinhar o que fora destacado pelos entrevistados.

Antes de adentrarmos nas especificidades que esse tópico propõe, sinto-me autorizado a falar em primeira pessoa. Aliás, este trabalho é marcado por um *nós* que sempre acompanha o processo de escrita, pois apesar de solitária, a escrita, ou aquilo que ela fala ou pretende falar, é atravessada por perspectivas, por muitas vozes e isso não é – no caso deste trabalho – um sinal de esquizofrenia no sentido literal, isto é, como se uma questão psiquiátrica.

Sinto-me novamente autorizado pelo fato de ter atuado no sistema prisional de Pernambuco como apoiador institucional em um dos complexos prisionais do estado. Falar sobre os desígnios do apoio institucional e como ele opera é também falar de quem o executa. Se tomo a A.I. como balizador teórico nessa pesquisa, tenho que assumir os riscos disso, e nada mais coerente do que conceber, nesta escrita, a minha implicação.

Mas é claro que esse tópico não se trata de um diário de bordo. Nele, busco discorrer sobre conceitos, sobre o desenvolvimento de uma política específica, em um lugar específico, em um tempo específico. E por isso, assumo também a especificidade da minha fala, do meu momento atual, entendendo que aquilo que escrevo é afetado pela minha história recente de apoiador institucional e, paralelamente, me afeta como sujeito e pesquisador em contínuo processo de formação. Implicar-se é assumir riscos, sempre.

O Apoio Institucional é uma ferramenta de gestão, de cuidado e formação em saúde. Ele é um dispositivo que visa produzir novos modos de processo de trabalho, de concepção e de gestão, tendo como foco e alicerce o plano coletivo. O Apoio Institucional é uma ferramenta de gestão de grupos, não no sentido de controlá-los, de administrá-los, mas de instaurar uma perspectiva democrática nas relações. Portanto, é um dispositivo produtor de saúde e produtor de subjetividades, haja vista sua potência em instaurar “novos critérios de julgamento, outros modelos, políticas etc., não os apresentando como imposição incondicional, mas como experiências a serem analisadas e incorporadas de forma crítica” (CAMPOS, 2000, p. 224).

Aliado ao pensamento de Campos (2000), Regina Benevides, em sua tese de doutorado¹³, define de maneira clara o papel daquele que realiza o apoio institucional, ou seja, o apoiador institucional. Para a autora:

O apoiador não é simplesmente um consultor, que palpita sobre o trabalho e diz das mazelas do grupo; nem tampouco sua ação se resume à assessoria, indicando caminhos a partir de um suposto saber externo que atua sobre o grupo. Sem negar estas especificidades, **o apoiador é alguém que penetra no grupo para acioná-lo como dispositivo**, se apresentando como um “**fora dentro incluído**”, alguém que atravessa o grupo **não para feri-lo**, ou para anunciar suas debilidades, **mas para operar junto** com o grupo **em um processo de transformação** na própria grupalidade e nos modos de organizar o trabalho e de ofertar ações e estratégias de saúde (BARROS, 1994, grifo nosso).

A ideia do “fora dentro incluindo”, apresentada pela autora, nos interessa, visto que se relaciona com as concepções distintas dos gestores entrevistados quando questionados sobre o papel do apoio institucional e do próprio apoiador.

Apoiar, ser o elo, ser o facilitador dos processos, é, enfim, estar junto e com a equipe, articular com toda a rede SUS, fazer aquela frase que também tá na Política que a unidade de saúde prisional é um ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde. Pra mim, ele sempre foi e será, até a gente reestruturar tudo isso, a nossa figura principal de execução, não de executar as ações de ponta, técnicas, de consulta, não é isso, mas é de viabilização e execução da política. Sem ele a gente não iria conseguir muita coisa. [João].

Já outro entrevistado falou da importância do apoiador institucional. Disse ele:

o apoio de saúde, o apoio institucional é uma figura importantíssima. E por quê? Porque acompanhando toda essa trajetória, ele vai, além de monitorar todos esses procedimentos, lá fora ele é o grande responsável pra que tudo isso dê certo. Então, por que a ppl vai ser operada naquele dia? Porque o apoiador institucional desenrolou toda essa parte lá fora. Então, a gente tem que ter essa referência lá fora. Onde a unidade encontra hoje dificuldade, o apoiador pode ser essa ponte. [Edvaldo].

Um outro gestor disse que:

O apoio, que tá lá no período da saúde, dentro da unidade básica de saúde, atendendo as demandas que chegam lá e resolve lá, bem interno. a apoiadora está resolvendo

¹³ A tese de Regina Benevides de Barros, *Grupo: a afirmação de um simulacro*, pelo programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, de 1994, inspirou livro homônimo.

questão intra-saúde, que o miudinho da saúde – regulação, a questão se tem ou não medicamento [...] – é muito saúde. [Rorinildo].

O que se conclui, a partir dos gestores entrevistados, é uma significativa variância quanto à compreensão do Apoio Institucional e do papel do apoiador institucional. Essa variância ora se distancia e ora se aproxima da ideia de um “fora dentro incluído”, conforme apresentado por Barros (1994), que justamente pensa o dispositivo Apoio Institucional como produtor de novas práticas de gestão, cuidado e educação na saúde, práticas essas que tomam os grupos e a realidade que se apresenta como ferramenta de trabalho, visando a transformação dessa realidade, do grupo e do próprio apoio ofertado.

Em artigo recém-publicado, narrei minha experiência como apoiador institucional no sistema prisional pernambucano, onde utilizei a terminologia “apoia-dor”, em alusão e trocadilho para dizer que o apoiador é quem apoia as dores das pessoas privadas de liberdade, dos profissionais que compõem as EABp, familiares e outros sujeitos desse terreno tão inóspito e que, por vezes, dilacera a alma. A ideia de um “apoia-dor” está relacionada também ao fato de que, por vezes, o apoiador é visto como “espião do gestor, como mais um para dar ordens” (LIMA; ALVARENGA FILHO, 2018, p. 121).

A propósito, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), ao longo dos últimos anos, tem adotado, como política, a contratação de profissionais de saúde nomeados como apoiadores institucionais. Contudo, cabe a seguinte indagação: até que ponto essas ações são, de fato, o apoio institucional? Talvez, a indagação primeira seria: que entendimento de apoio institucional vem sendo desenvolvido na SES-PE?

Há, na esfera estadual da SES-PE, uma Gerência Estadual de Atenção à Saúde no Sistema Prisional (GEASP), subordinada à Superintendência de Atenção Primária (SAP) da Secretaria Executiva de Atenção à Saúde (SEAS). No ano de 2015, a GEASP adotou uma estratégia pioneira no país: a contratação de apoiadores institucionais de saúde prisional das EABp – apoiadores locais – que atuam diretamente com as equipes de saúde dos presídios e/ou penitenciárias, compartilhando experiências, auxiliando o processo de trabalho, acompanhando e avaliando indicadores, além de outras ações para garantir a atenção integral à saúde da PPL. Eles estão subordinados aos apoiadores institucionais de saúde prisional – apoiadores regionais – lotados na GEASP e que desempenham o papel de supervisão dos apoiadores locais.

Vimos, entre os entrevistados, diferentes compreensões sobre o papel do apoio e do apoiador institucional. Isso suscita atritos, haja vista que até o presente momento os profissionais das EABp não são vinculados à SES-PE, mas sim a SERES. Essa realidade é exemplificada na fala a seguir:

Dificulta essa coisa da gente não ter a gestão. É uma coisa que dificulta o papel do apoiador local. E, por consequência, a gente aqui também – os resultados. A grande dificuldade é essa. É nessa questão, eu acho que o apoiador local lá na ponta deve sentir muito forte é a questão às vezes dele também querer que as coisas se efetivem, da política, mas não ter a gerência, a Secretaria de Saúde não ter gerência sobre os técnicos. [João].

Possivelmente, esse sentimento do apoiador institucional perante situações nas quais ele não tem gerência, não é exclusivo desse profissional. O sistema prisional é composto por trabalhadores vinculados a órgãos distintos do governo do estado, como a SES-PE, a SERES e até mesmo a Secretaria de Educação, já que presídios e penitenciárias possuem escolas. Essa realidade do quadro de recursos humanos nos estabelecimentos penais faz com que sejam amplificadas as relações de poder, bem como os desafios e até mesmo as possibilidades.

O apoio institucional parece ser um dispositivo útil para a implementação da PNAISP no estado de Pernambuco. O apoiador é um “dentro fora incluído” e o dispositivo do apoio se pauta no coletivo, visando instaurar processos outros, mais autônomos, de cogestão e de princípios democráticos. Mas como conceber esse dispositivo e a atuação do apoiador institucional em um terreno marcado pela violência institucional? Pode o apoio institucional, através de seu viés democrático, desmanchar a lógica da violência já arraigada no sistema prisional? Temos aí mais um paradoxo posto pelo dispositivo prisão.

Outro profissional que também foi mencionado nas entrevistas como sendo relevante para as ações cotidianas da saúde no contexto prisional foi o coordenador local. Esse sujeito, diferentemente do apoiador institucional, não está vinculado à SES-PE, mas sim à SERES. A inserção dessa modalidade de gestão *in loco* é recente, iniciada em 2017, somente dois anos depois da lotação dos apoiadores institucionais.

A partir das entrevistas realizadas, o que se observou é que a figura do coordenador local se assemelha a do apoiador institucional, já que ambos possuem como horizonte a garantia do acesso da PPL às ações de saúde, intra e extramuros. Essa proximidade quanto aos papéis também expressa uma dinâmica de relações de poder peculiar do sistema prisional pernambucano, onde as definições das atribuições não são claras e gera conflitos que interferem no alcance do que esses dois sujeitos se propõem.

Mas quem é o coordenador local? Quais as características desse profissional lotado nos grandes equipamentos prisionais do estado?

Segundo os gestores entrevistados, o coordenador local é um profissional com formação em enfermagem e que tem como missão ser o elo entre as questões de saúde e as questões de segurança, haja vista que são dois universos distintos, presentes no universo maior que são os

estabelecimentos penais. Por vezes, esses dois mundos se chocam por serem contraditórios. O coordenador local seria o gerente da unidade básica de saúde do estabelecimento penal.

A nova PNAB, de 2017, não traz apenas as EABp na parte das equipes de atenção básica para populações específicas. Essa recente normativa apresenta as atribuições de um novo personagem, a saber, o gerente de atenção básica, que não necessariamente precisa ter graduação em enfermagem. A inclusão de um gerente na equipe de atenção básica não é obrigatória, mas sim uma recomendação, uma vez que esse gerente teria como objetivo “contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial” (BRASIL, 2017a).

O profissional de enfermagem é, notoriamente, visto como aquele responsável por gerenciar uma unidade básica de saúde. Para Aarestrup e Tavares (2008), o enfermeiro estaria antenado aos princípios e diretrizes do SUS e por esse motivo seria convocado a assumir o papel gerencial, devido a sua formação crítica diante de uma fragilidade presente na formação dos outros trabalhadores de saúde.

Colocamos, a seguir, a compreensão dos gestores entrevistados sobre o papel das coordenadoras locais vinculadas à SERES, a partir de alguns exemplos mencionados por eles.

As enfermeiras tidas como enfermeiras coordenadoras é um ponto dentro de lá e que a gente pode se relacionar com elas, e saber o que está acontecendo e que elas resolvam antes de chegar aqui. Por exemplo: se lá tem uma família reclamando que o preso não foi atendido, então ela lá mesmo já pega o prontuário e vê se foi se não foi. Se não foi já chama o chefe da segurança e já manda buscar [...] isso vinha pra cá. Daqui que eu ligasse pra unidade, pra falar com o gestor, pra procurar quem que estava lá. Então, o caos estava instalado. [Rorinildo].

Esse mesmo gestor prossegue

Essa enfermeira faz o link [...] tem que enxergar **o mundo saúde e o mundo SERES**, que **às vezes não batem**. A gente tem aqui a saúde [...] “Olha, a equipe tá completa, todo mundo aí, mas não está vindo os doentes pra saúde.”. Por que que não está vindo? O que que está acontecendo? A gente tá sem atendimento. Por que está sem atendimento? Por que que naquele dia não teve atendimento? Eu tô lá, o médico tá, tá todo mundo lá. Não veio [...] não veio. Só pra SERES o não veio não é simplesmente não veio. A SERES precisa saber o que está acontecendo pra gente não ter demanda pra saúde [...] **Ela vai ter que responder. O papel dela é fazer funcionar a unidade básica de saúde.** [Rorinildo, grifo nosso].

Não foi verificada a existência de seleção pública para a contratação desse tipo de profissional, ou seja, de coordenador local de uma unidade básica de saúde dentro do estabelecimento prisional. O que se observa é que as seleções públicas têm sempre um quantitativo de vagas para enfermeiros que deverão compor as EABp. Portanto, não é clara a procedência da inserção desse profissional coordenador local nas unidades prisionais.

De todo modo, o que é possível conjecturar é que há uma lógica gerencialista, marcada por uma racionalidade que nem sempre está de acordo com os preceitos do SUS, mostrando, inclusive, uma fragilização para a categoria de enfermagem, que geralmente é direcionada para ocupar cargos de gestão, mas sem a devida valorização e sem institucionalização desse cargo de gestão no organograma dos órgãos (NUNES et al., 2016).

Nota-se uma competição entre o apoiador institucional e o coordenador local. Ambos têm o mesmo foco, no que diz respeito à garantia da saúde para a PPL, mas expressam uma relação de poder que extrapola as suas práticas localizadas, com definições de papéis quase sempre truncadas. É como mencionou um dos gestores entrevistados, quando lhe foi perguntado sobre a relação entre estas duas distintas secretarias: SES-PE e SERES.

[...] algo tão conflitante, esse processo de ser de um espaço e ser de outro [...] “É SERES? Não! É SES? Não!” Eu acho que se perde muito tempo com esse processo de definir, de quem é o papel de cada parte. E acaba que não é executada a Política da forma que a gente poderia pensar e planejar, porque como acaba existindo arestas nesses papéis, a gente tem muita dificuldade nesse processo. [Augusto].

Mas não é só o apoiador institucional e a enfermeira coordenadora local que faz parte desse grupo diretamente relacionado às ações de saúde nos estabelecimentos penais de grande porte do estado de Pernambuco. Outro sujeito citado foi o supervisor de saúde. É preciso falar dele, ainda que à luz do que fora dito pelos gestores entrevistados.

O supervisor de saúde não é necessariamente um profissional com formação em saúde. Ele é um agente penitenciário que, diferente que apoiador institucional e da enfermeira coordenadora local, tem vínculo estatutário, sendo um servidor estadual que recebe função gratificada por desempenhar a atividade de supervisão de saúde, função que existe antes mesmo da seleção e lotação de apoiadores institucionais e coordenadores locais.

O entendimento dos entrevistados quanto ao papel do supervisor de saúde se aproxima da compreensão quanto aos outros dois sujeitos da gestão local já mencionados, isto é, consideram o supervisor de saúde como um elo. Todavia, o que se observou nas falas foi a visão acentuada daquilo que de fato é o supervisor de saúde: um profissional de segurança.

Em relação ao agente, ele hoje está envolvido realmente na questão segurança. Tem uma relação com a saúde, pois quem vai fazer toda a logística da saída daquele preso é o supervisor. O agente supervisor vai ver efetivo, pedir efetivo extra. Então, ele está fazendo ali onde ele realmente entende, que é a parte da segurança em si. Antes quem fazia a triagem de quem ia sair ou não, que achava que fosse grave ou não, era o agente. A gravidade poderia ser pra mim, mas não pra ele. Mas eu entendo da área. ‘OK, mas é só uma pressão alta’. Mas pressão alta também mata. Pra ele enquanto agente penitenciário não se tinha essa visão, mais ampla. Ele pensava a questão de ‘ele é perigoso, ele não vai sair, ele pode fugir, pode isso, pode aquilo outro’. [Edvaldo].

E outro gestor complementou, ao dizer que o supervisor de saúde:

Faz essa ligação com a segurança, que é o ir e vir e o sair extramuros, ou de até não vir pra saúde por questões de segurança. Ele tem que entender todos os dois, porque quando a gente diz assim pro segurança: ‘Oh, esse daqui tem que ir amanhã porque a gente conseguiu regular’. A regulação não tem um cronograma bem arrumadinho. Às vezes libera cinco, quatro de uma vez. **E aí tem que fazer o crivo de quem vai. Por conta de escolta e de segurança mesmo.** Não dá pra sair com cinco presos de uma vez. [Ênio, grifo nosso].

Os sujeitos entrevistados, principalmente os representantes da SERES, informaram sobre a mudança no funcionamento das atividades de saúde ofertadas nos presídios e nas penitenciárias do estado. Com a inserção da enfermeira coordenadora de saúde, tornaram-se mais claras as funções do supervisor de saúde. De acordo com eles, esse servidor estava sobrecarregado, tendo que lidar com as especificidades da saúde, das quais ele não possui propriedade, e com as demandas da segurança. A segurança é o objetivo do agente penitenciário, ele é responsável pela custódia, que envolve o exercício da vigilância e da disciplina dos presos, garantindo, assim, “a impenetrabilidade dos muros fronteiriços da prisão” (PEREIRA, 2006, p. 277).

Ao observarmos, na fala de um dos entrevistados, que o supervisor de saúde é quem autoriza a saída ou não de uma pessoa privada de liberdade para um atendimento em saúde extramuros, parece que fica claro qual a lógica que prevalece dentro do dispositivo prisão.

Se a postura do agente penitenciário que desempenha a função de supervisor de saúde for míope, estabelecendo quem tem direito à saúde ou não, independentemente da gravidade do caso e até mesmo da dor daquela pessoa privada de liberdade que demanda por atendimento fora do estabelecimento penal, estaríamos diante do que Seligmann-Silva (2004) nomeou como síndrome de insensibilidade, que representa o apaziguamento e/ou anulação da expressividade das emoções, consideradas perturbadoras de uma racionalidade imposta.

Mediante ao que fora exposto até então, observamos que esses três sujeitos – fortemente ligados à gestão *in loco* e a produção de saúde no cotidiano dos presídios e penitenciárias do estado de Pernambuco – são marcados por uma lógica confusa com relação aos seus papéis dentro do sistema prisional. O que foi observado é a existência de uma correlação de forças que, a depender do contexto, os produz e os torna, de fato, aquilo que se postulou como elo, ou então os força a uma competição, a um duelo que é prejudicial para a garantia do direito à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Por fim, salienta-se que é preciso maior aprofundamento e mais estudos sobre como se opera e que modelo de gestão em saúde existe nos estabelecimentos penais do estado, considerando os sujeitos que diariamente atravessam e são atravessados pelas demandas de uma população específica, também atravessada por tantos outros fatores para além da saúde.

8.5.1.3 Presenças e Ausências: O Ministério da Saúde e o DEPEN

O Grupo Condutor da PNAISP em Pernambuco não possui a presença da representação do Ministério da Saúde. Considerando-se a normativa que instituiu a política, mais especificamente o art. 19, que versa sobre a composição do Grupo Condutor, encontraremos como atribuição do Ministério da Saúde ofertar apoio institucional aos estados.

Para os sujeitos que participaram da pesquisa, a presença do Ministério da Saúde não se efetivou, principalmente por conta de constantes mudanças do corpo técnico de referência da PNAISP no âmbito federal. Mesmo com tal alegação, ressaltou-se a importância da presença desse ente e foi sinalizado que, para além do Grupo Condutor, o que se percebe é a ausência do Ministério da Saúde nas outras questões referentes à PNAISP.

Indagado sobre a participação de representantes da gestão federal no Grupo Condutor, um dos entrevistados comentou a ausência constante do Ministério da Saúde.

Nós não tivemos muita sorte, porque colocamos uma pessoa que depois saiu do Ministério da Saúde. Tem a representação do Ministério, mas [...] depois disso não veio mais ninguém. O Ministério da Saúde não se pronunciou mais com relação a isso e nós não tivemos mais uma interlocução. A gente tem alguém lá, que depois da gente muito insistir em alguns períodos, com dificuldade, com falta de compreensão até da própria política, pra gente caminhar em algumas coisas. A gente não teve mais nenhum apoio, inclusive não mais nenhum evento, nenhum encontro, nada pra respaldar ou fortalecer essa política. Já tem uns três anos que estamos totalmente a parte disso. Isso é muito complicado pra gente, porque enfraquece todas as questões que a gente quer desenvolver nos estados. [João].

Já outro entrevistado expôs outra visão quanto à presença ou não do Ministério da Saúde nas discussões da PNAISP no estado. Disse ele:

[...] no Ministério da Saúde tem uma pessoa responsável pela Política, só que ela não tem a interação com o sistema. Eu acho que é por isso que fica essa sensação de que não existe. E o Ministério da Justiça e o trabalho do DEPEN interage com todo mundo. Quando ele provoca, ele provoca o estado como um todo. A Saúde quando provoca a Saúde fica Saúde, tudo é Saúde [...] é uma coisa muito linear. Eu não faço a análise de que não há interação do Ministério. Eu acho que sim, como é o Ministério da Saúde e a atuação é do sistema, ele dá o suporte e deixa o ator, digamos assim, o dono da casa atuar. Eu não sinto não a questão da ausência do Ministério. Eu acho que eles se combinam lá [...] a gente constrói, mas na hora de atuar, você assume que a casa é tua. [Rorinildo].

Observamos que há desencontros quanto a atuação ou não, a presença ou não do Ministério da Saúde com relação a condução da PNAISP no estado.

De todo modo, todos os entrevistados foram unânimes ao citarem com contentamento e gratidão a colaboração do DEPEN no processo de implementação da PNAISP em Pernambuco, inclusive com visitas *in loco* do órgão e reuniões sistemáticas, tanto com a SES-PE quanto com a SERES.

Você imagina que pra fortalecer essa questão da negociação nossa com relação aos atores, dos técnicos de ponta da saúde, quem deu força pra gente, uma das pessoas que veio para as discussões foi do DEPEN. Não veio ninguém do Ministério da Saúde pra participar dessa discussão, pra dizer que primeiro tem que ser executado pela saúde [...] ninguém. Foi uma pessoa da Justiça, que na época fez a gentileza, e eu agradeço muito por isso, de vir aqui e discutir isso com a gente. E o Ministério da Saúde totalmente ausente de todas essas discussões. [João].

Evidentemente que consideramos a fala do entrevistado Rorinildo, quando apresenta suas impressões sobre o papel do Ministério da Saúde, indicando que o órgão se faz presente, mesmo com uma atuação não tão visível. Ainda assim, não podemos ignorar a fala de João, que apontou não só a ausência e a escassa, ou até mesmo inexistente, articulação e falta de apoio por parte do Ministério da Saúde, fora outras problemáticas que serão descritas nos tópicos seguintes deste trabalho.

O posicionamento diferenciado dos dois órgãos citados invoca, para essas linhas do trabalho, a dialética instituído e instituinte, que não deve ser reduzida a um maniqueísmo. A participação pulsante do DEPEN foi mencionada com entusiasmo por alguns entrevistados, já que esse departamento está vinculado ao Ministério da Justiça e o seu próprio nome evoca a lógica prisional, algo que se distancia da saúde. Temos, portanto, um exemplo das contradições presentes na instituição. Aquele órgão, que no imaginário deveria ser o vanguardista, torna-se coadjuvante, dando espaço para protagonistas que nos surpreendem e acreditamos ser esse um exemplo de um momento instituinte no desenvolvimento da política de saúde prisional.

8.5.2 Barreiras (in)visíveis: a PPL e os entraves para o acesso à saúde

As dificuldades presentes no cotidiano dos estabelecimentos penais e que impedem a PPL do estado de Pernambuco de usufruir do direito à saúde, tal como preconizado pela PNAISP, são inúmeras. São entraves que vão desde os aspectos mais simbólicos, permeados pelo estigma que aprisiona esse público, até as barreiras reais, que falam de um universo complexo, onde as relações de poder legitimam ainda mais algumas invisibilidades.

8.5.2.1 “A Segurança vem em primeiro plano”: Relações de poder no Grupo Condutor e o paradoxo do cuidado no sistema prisional pernambucano

O embate saúde *versus* segurança é algo presente no ambiente prisional e, de certo modo, são duas lógicas que também retratam as relações de poder entre os diferentes sujeitos que operacionalizam a PNAISP no estado, mas que foram apresentadas como uma das

principais dificuldades no desenvolvimento da política. Na análise da PNAISP, esse atravessamento foi destacado pelos sujeitos entrevistados. Quando olhamos de modo raso as terminologias segurança e saúde, considerando-as incongruentes, corremos o risco de cair em mais uma cilada engendrada pelo dispositivo prisão. De fato, essas lógicas são díspares, mas é preciso contextualizá-las.

A cilada posta pelo dispositivo prisão diz respeito à associação, quase que imediata, que poderíamos estabelecer entre segurança e privação de direitos, como se elas fossem sinônimas. Em outras palavras, quando falamos sobre segurança, automaticamente a conectamos com a atividade truculenta dos agentes, nesse caso os agentes penitenciários, e, evidentemente, isso se distanciaria das práticas que visam assegurar o direito à saúde. Mais uma vez, é necessário rachar as palavras, entender os sentidos e o que esses termos produzem.

Para entender o desenvolvimento da PNAISP em Pernambuco diante da lógica da segurança, é preciso observar algumas falas que mostram que o termo segurança é polifônico.

Você tem que levar a saúde dentro do sistema prisional, mas você tem que levar em consideração que a segurança é que vai fazer valer aquele ponto que você quer levar naquele momento. Vamos dar um exemplo: Fulano de tal está precisando ser operado, se a segurança acha por bem que ele não poder sair naquele momento, ele não vai sair naquele momento. A saúde, que queria, podia fazer aquilo, aquela ação, naquele momento, não vai poder fazer por questões de segurança. **Antes de fazer qualquer tipo de procedimento, por menor que seja, a segurança vem em primeiro plano. São regras básicas que precisam ser obedecidas.** Ah, ‘mas o cara tá precisando senão vai morrer’. Aí é outra história. Mas a gente tem que levar em consideração antes de tudo a segurança. Por isso que é complicado trabalhar no sistema prisional na saúde. [Edvaldo, grifo nosso].

Na citação acima, é nítida a compreensão de uma segurança dura, engessada, que pode influenciar no acesso da pessoa privada de liberdade aos serviços de saúde, não só extramuros, mas dentro do próprio estabelecimento penal. Nota-se que a lógica da segurança pode camuflar uma intenção outra, que é a de negar um direito, pois como vimos, a lógica punitiva permeia o espaço prisional, tal como permeia os outros espaços societários.

Por outro lado, a segurança também pode exprimir o cuidado com a pessoa privada de liberdade, no sentido de resguardá-la. É o que alegou outro sujeito entrevistado.

Tem a questão de segurança, tanto dos profissionais que fazem a escolta quanto dele mesmo, pois sabe que **ele pode ser alguém que tenha um desafeto fora e comprometer todo mundo que tá dentro (de uma unidade de saúde).** Mas se a segurança não entender que aquilo ali precisa chegar praquelas pessoas, não chega. A gente pra ter a saúde, eu acho que tudo que está no sistema, tem que tá integrado com a segurança, senão não funciona. [Rorinildo, grifo nosso].

Em outra resposta, quando indagado sobre as dificuldades diante do real déficit de agentes penitenciários e a relação da SES-PE com a SERES, disse o gestor:

[...] porque a Saúde chega e diz: ‘a gente marca e a SERES não leva!’. Mas se os três trabalham nesse espaço, acho que um não dá pra ficar sem o outro. Se esse daqui

entender que a segurança só pode [...] e aí começou a ter um alinhamento. ‘Olha, quando regular [...] se a regulação já botar seis pra sair, você faça uma triagem e remarque esses que não tem tanto problema pra outro dia’. Tira da regulação e remarca. E por quê? Porque quem tá aqui dentro já entendeu como funciona aqui fora a segurança. E aí a gente diminuiu esse negócio de ‘ah, eu faço o meu serviço e não consigo levar porque a segurança não quer levar. Eu faço tudinho aqui dentro, mas a segurança não quer levar’. Não é que não quer levar. Vamos entender o outro lado pra gente poder alinhar?

Ainda assim, por mais que a segurança também se relacione com a cautela em proteger a integridade física e a própria vida da pessoa privada de liberdade quando ela, por exemplo, demanda atendimento na RAS, não podemos negar que a tônica do encarceramento se materializa na lógica da segurança, que visa constantemente conter e disciplinar os corpos, o processo de docilização deles. Como afirma Merhy (2004), o ato do cuidado é paradoxal, pois tanto pode aprisionar quanto liberar.

8.5.2.2 A presença dos chaveiros: o “líder do pavilhão” em cena

É o que se verifica nas falas dos entrevistados: a constatação de que nos pavilhões dos equipamentos prisionais há pessoas privadas de liberdade que não acessam à unidade de saúde local, por questões de segurança ou então por qualquer outro motivo que evidencia isso.

Ainda que o gestor tenha conhecimento dessa realidade, transpor as barreiras do acesso implica em um processo de negociação entre os sujeitos envolvidos, visando a tarefa de garantir a integralidade da atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade e, para tanto, se torna necessário a compreensão e o desvelamento de uma engrenagem de poder que chancela invisibilidades de uma parcela já imersa na exclusão da exclusão.

Para Foucault (2000) o poder, ou aquilo que é postulado como sendo relações de poder, possui capilaridade, fala de uma microfísica. Por esse motivo, as violências perpetradas contra a PPL no sistema prisional não têm origem somente na estrutura das ações dos agentes do estado, nesse caso, dos agentes penitenciários. Essa engrenagem das relações de poder extrapola o uso da força que já é notório por parte dessas autoridades ou grupos, dessas categorias profissionais que lidam com a segurança, já institucionalizadas. Não é mais o agente penitenciário, a polícia ou qualquer outro a perpetuar o poder.

A tecnologia da vigilância, de controle dos corpos, o que inclui a permissão da circulação deles ou não, assim como os detalhes mais que sutis, capturam aqueles que são alvo da própria violência do Estado. Há então uma máquina de captura robusta, pois o Estado, na

sua função de julgar, tem seus braços nos agentes públicos de segurança e esses, por sua vez, também necessitam de outros braços, mais próximos da população alvo.

As práticas sutis de tortura no contemporâneo não mais têm como missão extrair “verdades”. Ela passa, também, a ser uma estratégia que produz silenciamento e para sua melhor compreensão é preciso adentrar no universo do torturador, entendê-lo como produção e que no seu processo de “treinamento” lhe apresentaram um inimigo que deve ser combatido, ainda que esse inimigo esteja próximo e faça parte do mesmo grupo.

Quando miramos o sistema prisional pernambucano, para melhor compreensão quanto às barreiras do acesso à saúde da PPL, sendo essa situação um desafio para os intentos da PNAISP, observa-se a já discutida figura dentro dos estabelecimentos penais chamada de “chaveiro”. Como o próprio termo já diz, o chaveiro é aquele que possui as chaves das celas e dos pavilhões. Se analisarmos de maneira não crítica, entenderíamos que esse indivíduo não mais é do que os agentes penitenciários, mas não.

O chaveiro é um privado de liberdade que tem poder de comando dentro das celas e pavilhões e funcionam como braço direito dos agentes de segurança, tendo um controle mais direto e interno, adentrando no espaço onde tais agentes não chegam, por inúmeras questões.

A existência dos chaveiros no sistema prisional pernambucano não é novidade e já é assunto de alguns documentos de órgãos do judiciário, como, por exemplo, o livro *Mutirão Carcerário- Raio-X do Sistema Penitenciário brasileiro*, de 2012. Nele, o CNJ versou sobre a realidade dos sistemas prisionais de cada região e estado e, no caso de Pernambuco, o tema foi justamente com relação aos chaveiros. Diz o documento:

São os detentos que mantêm as chaves das celas e controlam a circulação das pessoas entre os recintos. Uma criação tipicamente pernambucana, o ‘chaveiro’ é um preso, geralmente condenado ou acusado de prática de homicídio, que impõe a ordem e a disciplina no pavilhão e recebe um salário mínimo do Estado pelo serviço. É o chaveiro também quem define o responsável pela venda de drogas, função quase sempre desempenhada por ele próprio. O fenômeno é prática corriqueira no sistema prisional pernambucano. (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2012, p. 93).

A figura do chaveiro nas unidades prisionais do estado de Pernambuco é antiga, existe desde a década de oitenta, e surgiu em decorrência da escassez de agentes penitenciários. O chaveiro é um preso de confiança dos agentes e gestores das unidades e por isso desempenham o papel de controlar os outros presos. Entretanto, sua figura desempenha poderio não só sobre os outros presos, como também no gestor da unidade prisional (NASCIMENTO, M., 2018).

O chaveiro, ou melhor, a existência dele, é um analisador da instituição prisão, mais precisamente no que diz respeito ao acesso a direitos, incluindo o de saúde. A ideia de chave representa exatamente a abertura ou não de portas, fato interessante para as nossas reflexões

quanto ao acesso à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional. Assim, caberia indagar: além da figura do chaveiro, que outras tecnologias são utilizadas para impedir o acesso da PPL pernambucana para usufruir do seu direito à saúde?

Foi o que se pôde visualizar na fala dos entrevistados.

[...] **a gente escuta que pra ter acesso tem que pagar o ‘chaveiro’ pra poder chegar na unidade de saúde de lá.** De falatório, de disse me disse, a gente escuta muita coisa. Oficialmente, obviamente, que não, né? O acesso é pra todos, a vacina é pra todos, o cuidado é pra todos, o olhar integral é pra todos [...] Mas, a gente escuta várias coisas dessa exclusão da exclusão. De que **quem não tem dinheiro, quem não tem quem banque lá dentro, acaba não tendo acesso.** A não ser que esteja realmente já passando dessa pra pior, ou melhor, é que acaba tendo o acesso. [Augusto, grifo nosso].

Alguns mencionaram que o estigma que se tem com relação às pessoas privadas de liberdade também se reproduz na própria rede de atenção à saúde. É o que nos contou Ênio, ao dizer que “existem médicos que negam atendimento! No interior existem profissionais que negam o atendimento, não querem atender ao ppl”.

A filósofa judia-alemã Hannah Arendt foi quem conceituou o que seria a banalidade do mal. Contrariando as expectativas dos judeus no julgamento de Adolf Eichmann, a pensadora faz uma visão crítica a respeito do conceito, mostrando que Eichmann era simplesmente um homem comum, não burro, mas que internalizou as leis, de forma acrítica, executando as atrocidades vistas no nazismo (ARENDDT, 1999).

A ideia da banalização do mal presente no pensamento arendtiano tem influência para as postulações de Françoise Sironi sobre a fabricação de torturadores. Com base no pensamento de Primo Levi, a autora mostra que não há uma essência do torturador, ou seja, não se nasce torturador, mas se produz. Para compreender a tortura e as marcas deixadas no torturado, é preciso compreender o treinamento do torturador, suas assimilações, a incorporação das condutas presentes em seu treinamento, que fomentam uma desculturação (SIRONI, 2011).

Não se pretende aqui demonizar a pessoa privada de liberdade que executa tarefa tão controversa como essa, mas sim mostrar a falência do Estado naquilo que ele almeja. O dispositivo prisão é paradoxal, captura dos sujeitos e, portanto, produz subjetividades. A problemática do vulgo chaveiro nos estabelecimentos do sistema prisional de Pernambuco é controversa, delicada e, assim como outras questões abordadas neste trabalho, merece aprofundamento a partir de outros estudos.

8.5.3 “Eu confesso a você que a gente não tem pernas”: Os desafios para o alcance do itinerário carcerário e da comunidade prisional e as nuances do financiamento da

PNAISP em Pernambuco

Como já explicitado, são três os principais diferenciais da PNAISP em comparação ao PNSSP: as questões relativas ao itinerário carcerário, a comunidade prisional e o financiamento para uma efetiva inserção das pessoas privadas de liberdade no SUS.

A ideia de um itinerário nos remete a um percurso, a um caminho percorrido ou a se percorrer. No caso de uma pessoa que transgride as leis do Estado, o seu possível percurso pelos estabelecimentos penais dependerá do ordenamento jurídico que levará em conta o delito, o teor e gravidade da transgressão, bem como outros atributos das prerrogativas do Direito Penal.

Há um outro aspecto quando falamos do itinerário carcerário. Ele não é linear, apesar da LEP definir os tipos e as finalidades de cada estabelecimento penal. O que se vê, na prática, são estabelecimentos destinados à prisão em caráter temporário, com sujeitos já sentenciados ou então o contrário disso, onde muitas pessoas privadas de liberdade em regime provisório compartilham o mesmo espaço dos que já foram condenados pela Justiça.

Ademais, pouco se sabe sobre a realidade das cadeias públicas, mesmo sendo esse o equipamento em maior quantidade no território nacional e que funciona como porta de entrada do sistema prisional em muitos municípios de pequeno e médio porte, pois os grandes estabelecimentos penais – como presídios e penitenciárias – estão localizados nos grandes centros urbanos. As cadeias públicas representam 50,07% e 84,62% do quantitativo de estabelecimentos penais no Brasil e em Pernambuco, respectivamente (BRASIL, 2019).

O não reconhecimento da realidade dos outros equipamentos penais acentua a invisibilidade das pessoas privadas de liberdade e prejudica os intentos da PNAISP. Considerar os espaços de passagem é vital para garantir o direito à saúde e entender o processo saúde-doença desses sujeitos. Mas o que disseram os entrevistados quando indagados sobre esses aspectos da PNAISP?

Os gestores mencionaram que as cadeias públicas, por exemplo, são de responsabilidade dos municípios, no caso, a saúde das pessoas que estão privadas de liberdade nesse tipo de equipamento penal. Não há um diagnóstico com relação às condições de vida e saúde dessa população no estado de Pernambuco.

As cadeias públicas do estado de Pernambuco estão sob responsabilidades da SERES. Segundo os entrevistados, existe na estrutura organizacional dessa secretaria executiva a figura dos gerentes das cadeias públicas. Cada gerente é responsável por um quantitativo em torno de 20 cadeias públicas. Esses equipamentos têm a gestão da SERES, mas a guarda é da Polícia Militar.

Ainda de acordo com os sujeitos entrevistados, algumas ações pontuais de saúde foram desenvolvidas e outras se desenrolaram numa perspectiva de sensibilização do gestor municipal para assumir as cadeias públicas no tocante à saúde e, com isso, receber os repasses fundo a fundo, após adesão à Política. Eis algumas falas:

Quando a política estava para ser promulgada, a gente começou a fazer um diagnóstico das cadeias [...] um diagnóstico de todos os municípios. A gente tem essa prática. Quando a gente vai no município que tem unidade prisional, a gente vai nas cadeias. Petrolina tem uma cadeia feminina imensa. E depois de Petrolina tem Afrânio, que tem essa cadeia lá no finzinho. Afrânio acreditou no que a gente falou. Eu fiz uma reunião também na regional com todos os municípios da área e Afrânio fez a solicitação de adesão à Política e conseguiu. Além dele ter assumido a cadeia, oficialmente, ele recebe 11 mil e pouco mês sem precisar dispor muito de pessoal. A própria equipe do PSF da área – como é uma população pequena – tira 6 horas e vai lá na cadeia. Eu não tenho diagnóstico de condições de saúde da PPL das cadeias públicas. A gente fez todo um trabalho de sensibilização com os gestores de saúde dos municípios. [João].

Evidencia-se que o trabalho descrito é o de sensibilizar o gestor municipal para adesão à PNAISP, mas não há um diagnóstico quanto às condições de saúde da PPL nas cadeias públicas. Essa sensibilização não é somente quanto ao repasse financeiro da política. Para a representação da SES-PE, por exemplo, o diálogo com os municípios teria também uma tarefa pedagógica, informando ao gestor local que ele é responsável, ou melhor, que o município possui uma responsabilidade sanitária com todos os que estão em seu território e, obviamente, isso inclui as pessoas privadas de liberdade na cadeia pública localizada naquele município.

A cadeia ela não está no espaço. Ela está dentro do território, do município. Ela está dentro da área de abrangência da rede de atenção à saúde daquele município e de todo o estado. Todos – do Ministério, passando por nós da Secretaria de Estado, até a sua ponta tem a sua parcela de responsabilidade na difusão disso tudo. [João].

E a respeito se tal iniciativa tem logrado êxito ou não, disse o gestor:

A gente tá conseguindo. Às vezes tem dificuldades com os municípios, com as secretarias de saúde, mas a gente vai pro discurso da política, do IBGE – de que a população privada de liberdade está contando para o município – e ele tem responsabilidade sim. Independente dele ter aderido ou não à Política. [João].

Os entrevistados relataram que uma das dificuldades em considerar os outros equipamentos prisionais para além dos presídios e penitenciárias, como, por exemplo, as cadeias públicas, reside no fato de que não há recursos humanos suficientes para tal. Soma-se a isso a observação feita quanto à estrutura das cadeias públicas do estado, pois elas não são adequadas para a instalação de espaços para ações de saúde, o que o INFOPEN denomina como módulos de saúde.

A observação dos gestores faz sentido, uma vez que a cadeia pública deveria ser um espaço de passagem mais que breve, por ser um estabelecimento destinado ao recolhimento de presos provisórios. Porém, o que se observa é que o provisório se converte em permanente.

Porque não é só a questão de ter técnicos, é a questão da estrutura. As cadeias não têm estrutura nem para receber os próprios presos, quanto mais a gente montar uma estrutura, uma mínima estrutura para a saúde dentro da cadeia. É totalmente fora de cogitação. a saúde da cadeia pública é do município. [Edvaldo].

Diante de situações mais graves, um dos gestores relatou, dando exemplos, que são desenvolvidas ações de saúde nas cadeias públicas, como a oferta de alimentação em parceria com o Centro de Abastecimento e Logística de Pernambuco (CEASA/PE). Do mesmo modo como os demais, ele ratificou o papel dos municípios para garantir o acesso da PPL à RAS local, independente da adesão ou não à PNAISP.

As cadeias devem ser atendidas diretamente pelos municípios. Tem município que não tem condições ou não quer. A gente ainda vem conseguindo atender alguma coisa em relação à cadeia. Quando tem uma demanda muito grave a gente faz a intervenção mesmo [...] Como teve em uma cadeia que estava tendo muito índice de tentativa de suicídio. A gente deslocou profissionais de uma unidade, que pela Política nem poderia, a gente estava tirando o profissional, mas eu tirei. Não a semana toda, mas fizemos uma escala de atendimento. Eu disse: ‘Segura aí a penitenciária [...] segura aí um pouquinho, mas vamos dar suporte a essa cadeia’. [Rorinildo].

Se abarcar a população que está inserida nos outros equipamentos penais, considerando o itinerário carcerário, já uma tarefa árdua, o que dizer, então, da comunidade prisional? A partir das entrevistas com os gestores, constatou-se que o trabalho de saúde voltado para os familiares das pessoas privadas de liberdade e para os profissionais que atuam no sistema prisional é escasso e/ou inexistente. É o que aponta um dos gestores, ao dizer que as ações de saúde no sistema prisional de Pernambuco estão restritas ao privado de liberdade.

Tem algumas ações sim, que tem tentado a partir de campanhas bem pontuais se estender para os agentes penitenciários e tem unidades que conseguem também fazer com as famílias – na visita. Mas não é uniforme para todo o sistema. É algo pontual e que vem amadurecendo, mas ainda não é uma coisa instituída. Porque a gente não tem profissional disponível. Ou ele tá atendendo o privado de liberdade ou ele tá numa ação com os familiares. [Rorinildo].

Para alguns gestores, as atividades com a comunidade prisional precisam ser mais bem planejadas e que a normativa que institui a política não é clara sobre a operacionalização de como abarcar todos os sujeitos que formam essa comunidade prisional, principalmente por conta da escassez de profissionais. Logo, o que se configura como escassez de ações em saúde para essa comunidade seria fruto da escassez e fragilidades de recursos humanos. Por sua vez, essa alegação pode abrir precedentes para que não haja esforços em pensar atividades que contemplem a comunidade prisional.

Frisa-se que não se trata de obedecer aos cânones da normativa, considerando-a como o fator determinante para que ocorram práticas garantidoras do direito à saúde. Mas é sabido que a bandeira de luta expressa pela normativa – vista aqui também como expressão de lutas dos vários seguimentos – é a atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no contexto

prisional. São sujeitos que possuem uma rede afetiva, sendo ela representada por seus familiares e que, ainda que não tenham essa rede, apresentam demandas que necessitam de articulação com a rede intra e intersetorial.

Ainda sobre as dificuldades de contemplar a comunidade prisional, um outro gestor ratificou que as atividades com os familiares são pontuais e que elas ocorrem:

No momento da visita, que por muitas vezes tem grupos com famílias dentro da unidade **A gente não tem o acompanhamento com todas as famílias**. A gente não tem efetivo, técnico para, porque aí um campo hoje que a gente tem 32 mil presos [...] **Se a gente fosse também trabalhar com as famílias ia passar pra quanto?** [Ênio, grifo nosso].

A pergunta contida na resposta do gestor é, sem dúvida, interessante. Ela mostra vários aspectos, dentre eles que a saúde prisional tem dificuldades para se articular com o universo extramuros, pois mais uma vez é posto como elemento de entrave a escassez de técnicos. Ademais, a indagação do gestor abre um leque de reflexões.

Imagina-se que direta ou indiretamente estamos ligados à PPL. Muitas são as conexões na rede afetiva. Essa rede é um emaranhado composto por linhas e pontos, ora mais distantes, ora mais próximos. Alguns têm contato direto, conhecem uma pessoa que está ou que já esteve privada de liberdade. Outros talvez conheçam alguém, que conhece alguém, que conhece alguém, que um dia ouviu falar de alguém que conhece alguém... que está ou que já esteve privada de liberdade. Estamos conectados à PPL, quer tenhamos conhecimento dela ou não. E nesse enlace, a comunidade prisional não seria uma comunidade prisional ampliada.

Percebe-se que as particularidades do PNSSP permanecem. Ele é um espectro que paira sobre o que se entende de uma política de saúde no contexto prisional e não é fácil transpô-lo, apesar da avaliação de seu esgotamento. A PNAISP exige passagem, mas sua envergadura se depara com dificuldades para a consolidação de seus aspectos mais cruciais que a distinguem do PNSSP, como, por exemplo, o financiamento da política de saúde prisional. E quais as questões relacionadas ao financiamento da PNAISP em Pernambuco?

Destacou-se, em outro momento, que o repasse dos recursos financeiros da PNAISP ocorre após os estados ou municípios realizarem a adesão à política e serem devidamente habilitadas pelo Ministério da Saúde. Por haver o repasse fundo a fundo, os entes habilitados passam a ser os gestores dos gastos, ficando eles restritos a tudo o que envolve os aspectos pontuais da saúde, tais como aquisição de imunobiológicos, medicamentos, contratação de prestadores para manutenção de equipamentos de saúde e insumos, dentre outros.

As secretarias de saúde – estadual ou municipal – não podem, em tese, utilizar o financiamento da PNAISP para a construção e/ou adequação da estrutura física dos

estabelecimentos penais, pois essa atribuição é exclusiva das secretarias de justiça e congêneres. Assim, quando falamos sobre o financiamento da PNAISP em Pernambuco, convém pontuar que os recursos da PNAISP são utilizados, também, para o pagamento de folha, apesar dos trabalhadores de saúde lotados no sistema prisional não possuírem, por enquanto, vínculo com a SES-PE, mas com a SERES. A SES-PE faz, então, o repasse dos valores e a SERES executa o pagamento da folha.

Em entrevista concedida à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ), Áquilas Mendes (2017) defendeu que “o grande problema é a falta de dinheiro para o SUS, e não a forma de repasse desses recursos”.

Concordamos em parte com a afirmação do pesquisador, mas não podemos ignorar a significativa mudança no financiamento da política de saúde prisional. E como se vê na fala de um dos entrevistados – João –, ao dizer que “o financiamento realmente mudou. Ele ajuda. Não cobre tudo, mas ele dá um suporte”. O financiamento da PNAISP é significativo, sobretudo se compararmos o seu montante de valores com o do PNSSP, conforme se vê nas tabelas 3 e 4.

Tabela 3 – Valores referentes à PNAISP repassados fundo a fundo para o estado de Pernambuco, 2014-2018

Ano	VALORES		TOTAIS
	Incentivo para Atenção À Saúde no Sistema Penitenciário	Assistência Farmacêutica PNAISP (1)	
2014	R\$ 578.340,00	R\$ 482.131,89	R\$ 1.060.471,89
2015	R\$ 9.097.336,96	R\$ 553.477,41	R\$ 9.650.814,37
2016	R\$ 14.071.576,65	R\$ 546.793,20	R\$ 14.618.369,85
2017	R\$ 10.636.757,07	R\$ 437.381,37	R\$ 11.074.138,44
2018	R\$ - (2)	R\$ 505.606,41	R\$ 505.606,41
TOTAIS	R\$ 34.384.010,68	R\$ 2.525.360,28	R\$ 36.909.400,96

Fonte: O autor, a partir de dados disponíveis no portal do Fundo Nacional de Saúde (2019).

Notas:

(1) Os valores foram confirmados nas normativas que dispõem sobre a Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP dos seguintes exercícios: 2014 (Portaria nº 2.765, de 12 de dezembro de 2014); 2015 (Portaria nº 1.637, de 1º de outubro de 2015); 2016 (Portaria nº 1.605 de 1º de setembro de 2016) e 2017 (Portaria nº 2.060, de 14 de agosto de 2017). (2) Devido ao novo formato de pesquisas no site do FNS, onde não aparece o detalhamento nos blocos de financiamento, não foi possível identificar o valor da PNAISP destinado ao estado de Pernambuco no ano de 2018.

Observa-se, em Pernambuco, que o montante financeiro oriundo da nova política é significativo, se comparado ao do PNSSP, onde era repassado no máximo R\$ 40.008,00/ano por equipe implantada, sendo uma equipe para cada grupo de até 500 custodiados. Já para as unidades com até 100 custodiados o valor era de R\$ 20.004,00/ano por estabelecimento. No PNSSP, cabia a cada ente gestor, ou seja, Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, financiar 70% e 30%, respectivamente.

Inegavelmente, deparamo-nos, historicamente, com um tipo de subfinanciamento da política de saúde prisional contida dentro de outro subfinanciamento crônico, como o que foi construído no SUS. A tabela 4 exemplifica a discrepância dos valores do PNSSP ao longo de seus 10 anos, se comparado aos valores que vimos da PNAISP.

Tabela 4 – Valores referentes à PNAISP repassados fundo a fundo para o estado de Pernambuco, 2014-2018

PNSSP - Incentivo para Atenção À Saúde no Sistema Penitenciário	
ANO	VALORES (R\$)
2003	235.047,00
2004	56.678,00
2005	200.040,00
2006	166.700,00
2007	330.340,00
2008	297.000,00
2009	243.000,00
2010	318.600,00
2011	-
2012	464.940,00
2013	854.280,00
TOTAL (R\$)	3.166.625,00

Fonte: O autor, a partir de dados disponíveis no portal do Fundo Nacional de Saúde (2019).

Essa relevância, quanto ao financiamento do PNSSP e da PNAISP, foi mencionada por um dos entrevistados ao discorrer livremente sobre o histórico da política de saúde prisional no estado de Pernambuco.

O PNSSP é um esboço de se tentar normatizar alguma coisa, com alguma congruência como é a atenção primária à saúde pra população em geral. Só que nesse plano, primeiro: aderia quem queria, não era uma política, não tinha uma garantia, o financiamento que no começo a proposta era de R\$ 5.500, mas depois o Ministério da Justiça saiu, porque não podia repassar recursos pra saúde, pois todo recurso de saúde tem que ser fundo a fundo. Então, ficou um recurso de R\$ 3.200 pra manutenção de uma equipe. Isso era de uma dificuldade muito grande. O estado de Pernambuco ele foi pioneiro nisso, porque em 2004 ele aderiu ao plano, mas a gente tinha um recurso mínimo. [João].

Mesmo assim, esta pesquisa constatou, a partir das entrevistas com os gestores, que o financiamento ainda não permite que essa política específica consolide, de fato, o seu objetivo: o de garantir uma atenção à saúde de maneira integral, com todas as especificidades que o termo integral lhe impõe.

Retornando às afirmações de Áquilas Mendes, discordamos em parte, pois os entrevistados destacaram que o repasse dos recursos tem acarretado problemas na condução da política no estado. O desenvolvimento da PNAISP no estado de Pernambuco se depara com

várias questões e muitas delas são provenientes do financiamento, esse grande regente da e para a execução da política pública.

A mudança com relação aos valores do PNSSP para a PNAISP é expressiva, entretanto é preciso considerar se realmente o aporte financeiro estabelecido pela nova normativa atende às prerrogativas da política, ao seu intento maior. Esse aumento no aporte financeiro deve ser visto como reflexo de um movimento de luta dos sujeitos envolvidos com a política de saúde prisional no país. Ademais, essa mudança é em decorrência da PNAISP estar alicerçada na APS, inclusive sendo gerida no âmbito federal pela instância que cuida desse nível de atenção, deveras basal para o sistema de saúde brasileiro.

Mesmo assim, é preciso atenção quanto ao fato de que o financiamento substancial da APS, outorgado em recentes governos progressistas, vem sofrendo significativa queda, devido ao declínio dos próprios preceitos e sentidos da APS, reduzidos ao sentido do básico, ao que se convencionou chamar no Brasil de atenção básica. Por conta dessa pequenez, há impactos no volume e na destinação dos recursos financeiros. O modelo de atenção à saúde é quem deve orientar o financiamento e não o contrário (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Para alguns dos entrevistados, além do financiamento da PNAISP em Pernambuco ser insuficiente, em face das demandas de saúde da PPL, ele também interfere na fixação de alguns profissionais, sobretudo o profissional médico – clínico e psiquiatra –, e também no processo de adesão dos municípios à política, que por vezes considera os recursos não compatíveis para garantir uma atenção integral às pessoas privadas de liberdade de seu território.

Enfatiza-se que a APS está voltada para o território, sendo um nível de atenção sob responsabilidade dos municípios. Logo, o fato de a PNAISP ser uma política alicerçada na APS toca justamente na questão da municipalização da política de saúde, pois é o gestor municipal e as equipes de saúde de um dado território que, em tese, possuem maior propriedade para conhecer as demandas de seus usuários. Todavia, quando o assunto é a política de saúde prisional, o que se tem são as secretarias estaduais conduzindo, sendo as gestoras da política, e não os municípios.

A importância da municipalização da política foi destacada por um dos entrevistados, quando indagado sobre a relação entre a APS e a saúde no contexto prisional. Disse ele:

Saúde prisional sempre foi visto como uma coisa de polícia, de justiça e não de responsabilidade de saúde. A grande dificuldade de implantação da Política ainda é essa: é tanto dos gestores a nível de estado, municípios, gestores da saúde, entenderam que a saúde de quem está dentro dos presídios é de sua competência. Chegou-se ao consenso, desde a questão da promulgação da Constituição de 88, que a saúde é com a saúde e que a atenção básica é competência dos municípios. Porque quem melhor faz a atenção básica é as secretarias de saúde dos municípios, que estão lá junto [...] A Política orienta sobre a municipalização. [João].

Foram expostos inúmeros esforços para sensibilizar os municípios do estado a aderirem a PNAISP. Segundo os entrevistados, além da não compreensão por parte dos gestores municipais quanto a sua responsabilidade sanitária diante dos estabelecimentos penais de seu território, o financiamento tem sido um dos principais motivos para essa não adesão, pois ainda que ocorra a adesão há um atraso no processo de habilitação, ou seja, na efetivação do repasse financeiro aos municípios.

Constatou-se, a partir do relato dos gestores entrevistados, que os atrasos que inviabilizam a habilitação dos municípios não só geram conflitos entre os entes, mas produzem um descrédito na PNAISP.

A habilitação dos municípios é uma atribuição do Ministério da Saúde, porém um dos entrevistados frisou que não há clareza quanto aos detalhes desse processo, ou seja, não é clara a forma como o estado deixará de receber os repasses fundo a fundo em virtude da adesão de um município à política e o que se percebe é um hiato no repasse financeiro. É o que podemos observar nas falas a seguir.

Tem uma dificuldade no Ministério que é: você faz a adesão à Política, mas aí até habilitar é complicado. Isso não é feito de imediato pelo Ministério. Por exemplo, Canhotinho passou dois anos pra ser habilitado. Como nós fomos o primeiro estado do país a municipalizar uma gestão de um município para que aquela equipe de saúde prisional que estava sobre a gestão do estado – nós já recebíamos, tínhamos aderido à PNAISP e tínhamos uma equipe em Canhotinho – então, incentivamos Canhotinho a municipalizar e assumir a gestão. Nem o próprio Ministério tinha normatização de como isso seria feito. Pra você ter uma ideia, nós tivemos que fazer pra coisa acontecer, em janeiro, fevereiro, botar no papel que a gente não queria mais aquela equipe. Ficou uns três ou quatro meses nem a gente (estado) e nem Canhotinho recebendo, pra eles habilitarem. Na Política também não tem como vai ser normatizado esse by-pass. E depois de 2015, 2016 até agora, nada foi normatizado como esse processo deve ser feito. [João].

O entrevistado prosseguiu, enfatizando a problemática e tentando explicar o porquê, a lógica da não habilitação de um município por parte do Ministério da Saúde. Disse ele:

Se alguma equipe me pedir pra municipalizar isso não pode ser feito automaticamente. E deveria. Eu tenho que pedir a secretaria de saúde do estado que a gente não quer mais, ficar uns meses sem nada, pra depois o município ser habilitado. Essa é uma das incongruências e uma das coisas que precisava rever. Poderia ser uma coisa simples: o município diz que quer aderir [...] Pronto [...] O Ministério aderiu, habilitar e tirava do estado. Não precisava ficar meses sem receber recurso, nem pro estado e nem pro município. A gente não tem resposta. A gente sai sendo jogado de um canto pra outro. Eu estou com três equipes da política cadastradas lá para eles habilitarem, porque eu já fiz a adesão desde 2014. Só que eles fazem aquilo quando, eu não sei [...] quando vem a ordem: habilite hoje. Se naquele dia que ele vai habilitar tem alguma incongruência, por exemplo: faltar 1 técnico que você manteve por um ano e naquele dia não tá, aí ele não habilita. É uma coisa que tem que haver uma mudança aí nessa coisa da habilitação. Porque assim: ‘ah, mas no dia que foram habilitar estava faltando 1 técnico, aí a gente não habilitou’. Como? Se eu paguei esse técnico por 1 ano, o técnico ali e por causa disso a equipe não foi habilitada? [João].

Um outro problema destacado pelos entrevistados, relacionado ao financiamento da PNAISP, foi a fixação dos profissionais médicos, haja vista a não compreensão ou aceitação por parte desse profissional das exigências para o cumprimento da carga horária – 30 horas semanais – e a insatisfação salarial. Os fatores citados já são conhecidos e somam-se a eles outros dois aspectos: a não identificação do profissional com a filosofia da APS – uma questão relacionada à formação do profissional de medicina, pois demandará um atendimento longitudinal para a população – e as condições de trabalho insatisfatórias (NEY; RODRIGUES, 2012).

A rotatividade de trabalhadores de saúde no sistema prisional ocorre independentemente da categoria profissional, porém, no caso dos profissionais médicos, há situações graves, como, por exemplo, a escassez total do profissional, inclusive nos cadastros de reserva das seleções simplificadas realizadas pelo estado. A não fixação dos médicos nas EABp no sistema prisional pernambucano exhibe algumas distorções quanto à compreensão do modelo de atenção à saúde pautado na APS, como é a PNAISP. Tal realidade foi expressa pelo entrevistado Rorinildo como uma dificuldade para o desenvolvimento da política.

Em termos de dificuldades, eu acho que hoje é a não diferenciação do profissional que trabalha dentro do sistema. Essa não diferenciação faz com que a gente tenha um esvaziamento de profissionais dentro do sistema. Fizemos uma seleção pra médicos, **a gente tem um esvaziamento do cadastro de reservas, porque não é interessante ficar no sistema prisional. No formato que é feito, de atenção básica, uma carga horária de 30 horas para o médico ficar [...] ele não fica! Porque não é vantajoso pra ele.** É melhor ele tá na clínica particular do que dentro do sistema. Ele poderia estar dentro do sistema, como alguns já colocaram, mas se fosse tipo plantão, se fosse uma carga horária diferente, que não tivesse que passar as 30 horas dentro do sistema, principalmente o psiquiatra, o especialista, porque a gente precisa mesmo do psiquiatra dentro do sistema. O clínico e o psiquiatra. A gente não consegue manter o profissional, principalmente o médico dentro do sistema, por causa da carga horária que é fechada em 30 horas. **Fica difícil!** [Rorinildo, grifo nosso].

Diante dessa realidade, outro gestor também reforçou o pensamento do entrevistado Rorinildo, explicitando as singularidades do sistema prisional e questionando o modelo de atenção básica vigente, considerando-o inadequado para a realidade dos estabelecimentos penais. De certo, as sinalizações mostraram não só uma dificuldade para a operacionalização da PNAISP no estado de Pernambuco, mas também uma fragilidade na compreensão da própria ideia de integralidade, sendo ela balizadora para a política de saúde em questão.

O sistema prisional como um todo funciona de que horas a que horas? 24 horas, ou seja, dia todo. Numa unidade básica eu tenho profissional que entra a 8:00h e sai às 16:00h. E o resto do tempo? Os presos estão lá. Os problemas permanecem. Problemas de saúde é qualquer hora, a gente não escolhe. Eu tenho que rodar efetivo, saída externa, porque não tem uma equipe de saúde dentro da unidade prisional. Aqui fora eu tenho uma unidade básica, só que quando fecha eu tenho uma UPA, tenho os hospitais de referência [...] Só que eu não estou preso. Eu posso ir. Minha família pode me pegar pelo braço e me levar. E aquele que está preso, como é que faz? Porque aí

eu mexo com efetivo de segurança da unidade, então, hoje, a segurança que já tem um déficit vai ficar com déficit maior ainda. [Ênio].

É importante salientar que as EABp de Pernambuco são do tipo III, ou seja, são equipes amplas, que possuem em torno de 11 profissionais de categorias distintas, conforme já explicitado em uma das tabelas apresentadas no capítulo anterior deste trabalho. Caso a gestão do sistema prisional identifique que determinada unidade necessita de mais profissionais, ultrapassando o quantitativo de 11, o recurso permanecerá o mesmo. É o que exemplifica a fala de Rorinildo, quando foi questionado sobre as incongruências da PNAISP.

A questão é a seguinte: o recurso vem em cima de uma equipe mínima de 11 pessoas. Se eu tiver 20, só vem pra 11. Então, não vem um aumento de acordo com as necessidades do estado. ‘Por que tem que ser mínimo? Por que não posso colocar mais de acordo com a necessidade?’ [...] ‘Pode botar, o dinheiro vem, agora a administração é de vocês’. Se eu tiver uma necessidade, por exemplo, a Colônia Penal Feminina do Recife, eu não tenho como ter só 11 lá. Eu tenho a ginecologista e tenho o pediatra, tenho 2 profissionais a mais. Mas financeiramente eu só recebo por 11.

A fala de Ênio se conecta a de Rorinildo, que em outro momento disse: “a Saúde hoje tem que atender o Sistema. O Sistema se encolheu [...] ‘oh, eu só tenho isso pra te oferecer, então trabalhe desse jeito’. Não dá!”. Esses gestores sugerem, como solução para a problemática identificada, a criação do regime de plantão ou a flexibilidade da carga horária, uma estratégia para lidar tanto com a questão da fixação do profissional médico – que não cumpre a carga horária estabelecida nos editais de seleção – como o das especificidades dos estabelecimentos penais que possuem EABp até um determinado horário, sendo isso um agravante diante das situações emergenciais de saúde que demandariam atendimento externo e custódia da PPL para um efetivo de agentes penitenciários já deficitário.

Eu pensava muito no plantão. A minha conversa lá em Brasília era essa, mas vai ter município que não vai ter médico de plantão. Vamos colocar flexível. Quem tiver condições bota 30 horas, quem tiver bota plantão. Se paga pelo que se trabalha. Quando a gente formaliza numa seleção simplificada, você amarra. Quem for trabalhar, vai ter que trabalhar 30 horas. O médico vai trabalhar 30 horas no sistema? Ele não é exclusivo. É igual ao professor: ele dá 4 horas numa escola, a tarde ele tá dando 4 horas em outro e ele pode tá dando 4 horas em outra. Médico é do mesmo jeito. Aqui fora a gente não consegue, quem dirá dentro do sistema.

Até agora, fica explícita a divergência de opiniões dos entrevistados com relação ao modelo de atenção à saúde balizador da PNAISP, a ideia da integralidade e, no bojo de tudo isso, o quesito financiamento como motriz para inúmeros problemas. Já outro entrevistado apresentou outras nuances, discordando da fala dos dois anteriores.

Eu não consigo entender dessa forma, porque eu vejo que a Política foi pensada para o prisional, tanto é que existe uma equipe de estratégia de saúde prisional, é como uma estratégia de saúde da família. Ela traz especificidades na sua composição. Quando você pensa na PNAISP em si, ela foi pensada sim pro sistema prisional. Eu acho que a gente tem muita dificuldade nos profissionais que estão lá na gestão. Eu vejo que a Política foi pensada sim pro prisional, tanto é que ela vem com

especificações. Para o prisional ela abre equipe, se for tipo III, pra ter tais profissionais de saúde mental, onde a gente não tem isso enquanto atenção básica em si. Então, ela já vem com esse olhar modificado, pra se adequar. Ela já foi pensada pra ser de uma forma diferenciada pro sistema prisional. [Augusto].

Por conseguinte, a rotatividade dos profissionais, aspecto tão envolto pela questão do financiamento, especialmente as questões salariais e exigências quanto ao cumprimento de carga horária, prejudica outros processos de consolidação da PNAISP no estado de Pernambuco. Para o entrevistado Augusto, a fragilidade do vínculo empregatício dos trabalhadores da saúde do sistema prisional é uma das causas para a rotatividade, o que gera a descontinuidade das ações. Vejamos o que disse o gestor.

Eu acho que isso é muito frágil, porque há uma rotatividade muito grande dos profissionais. Você não consegue ter esse cuidado contínuo. Isso dificulta, porque, por exemplo: eu faço uma formação hoje, quando for dois meses depois o profissional que estava ali sendo capacitado, pra estar trabalhando, atendendo as especificidades da unidade prisional, ele sai. E aí eu chego com outra pessoa de novo, começar tudo de novo. Então essa rotatividade de profissionais fragiliza o trabalho em relação à saúde.

Sendo assim, o que fica evidente é que, apesar das mudanças do aporte financeiro ofertado pela PNAISP, os problemas relacionados à política de saúde, presentes nas unidades prisionais do estado de Pernambuco, se assemelham aos dos serviços de saúde extramuros, como, por exemplo, a rotatividade dos profissionais, a escassez do profissional médico, as dificuldades para cumprimento de carga horária e outros.

Obviamente, as singularidades do sistema prisional devem ser consideradas, para que não igualem os seus entraves com os da realidade extramuros. Ainda a respeito do financiamento da PNAISP em Pernambuco e sobre alguns aspectos que estão na sua órbita, cabe destacar a fala de Augusto, que disse:

Apesar de não ser, na sua grande maioria, um valor atrativo pra que diga assim: compensa você (o município) financeiramente assumir, porque o recurso vai dar pra você dar conta dessa política. E a gente sabe que o recurso financeiro que se recebe não é um recurso que dá pra dar conta de uma política integral e num local tão complexo quanto o sistema prisional.

8.5.4 A implantação dos sistemas de informação em saúde como um significativo avanço da PNAISP em Pernambuco

Os sistemas de informação em saúde possibilitam o conhecimento da realidade epidemiológica e, portanto, são essenciais para a organização dos serviços, ou seja, para a compreensão dos problemas que subsidiarão o planejamento das ações e as etapas de monitoramento e avaliação do SUS. Eles são fundamentais para a tomada de decisão (BRASIL, 2009; PINTO, 2000).

Na análise do desenvolvimento da PNAISP em Pernambuco, alguns sistemas de informação foram destacados pelos sujeitos entrevistados, ora apresentados como um desafio ora como avanço. Convém discorrer sobre esses destaques, mas antes é preciso que considerar o que diz a Portaria Interministerial que inaugura a PNAISP no tocante aos sistemas de informação.

As responsabilidades e atribuições dos diferentes órgãos e entes estão descritas nos artigos 15, 16, 17 e 18 da normativa da PNAISP e o que podemos sintetizar, a partir da leitura de seus incisos, é que a implantação dos sistemas de informação em saúde, no âmbito prisional, envolve desde aspectos financeiros – como a aquisição de equipamentos e investimento em tecnologia para tal – até o apoio institucional permanente e de educação permanente dos trabalhadores que alimentarão cada sistema específico. O monitoramento e avaliação dos indicadores em saúde ganham destaque nos artigos mencionados e as Secretarias de Saúde têm uma significativa relevância no escopo das atribuições descritas pela política.

Os sujeitos entrevistados destacaram os seguintes sistemas de informação: e-SUS AB, Hórus, SisREG e SI-PNI, apresentando problemas para implantação, bem como avanços. No que concerne aos avanços, podemos adiantar que, em comparação com as unidades básicas de saúde extramuros, o sistema prisional pernambucano se destaca por possuir nos seus presídios e penitenciárias alguns dos sistemas já implantados, diferentemente da realidade extramuros.

Na estrutura da GEASP, gerência da SES-PE que cuida do sistema prisional, há profissionais destinados exclusivamente para monitorar os sistemas de informação, bem como ofertar educação permanente aos profissionais das unidades prisionais. Diante dessas primeiras especificidades apontadas, vejamos agora as particularidades de cada sistema.

O e-SUS AB faz parte do e-SAÚDE, projeto e estratégia de informatização traçado pelo Ministério da Saúde, e congrega a produção ambulatorial, ou seja, o registro dos procedimentos no âmbito das unidades básicas de saúde e o registro dos atendimentos das equipes a partir do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). No sistema prisional de Pernambuco, ou melhor, nas unidades de saúde prisional do estado, um dos sujeitos entrevistados mencionou a implantação do e-SUS e do PEC, bem como de outros sistemas, como avanço, mas ressaltou algumas dificuldades.

Nós implantamos o PEC, o e-SUS, o HÓRUS, mas pra gente conseguir [...] não vou dizer que a gente consegue 100% os técnicos operacionalizando o sistema, porque como a gente não tem gestão sobre eles, por mais que se esforce na questão do monitoramento disso. Dificulta essa coisa da gente não ter a gestão, é uma coisa que dificulta muito o papel do apoiador local. E, por consequência, a gente aqui também – os resultados. [João].

Conforme exposto, o processo de implantação de um sistema de informação no cotidiano dos serviços, ainda mais no contexto dos estabelecimentos prisionais, é uma árdua tarefa e apresenta dificuldades. No estado de Pernambuco, o e-SUS no sistema prisional vem auxiliando no diagnóstico epidemiológico e na melhoria da atenção à saúde da PPL. É o que observamos na fala de outro gestor e que se relaciona com a fala de João.

Agora com a implantação do e-SUS nas unidades, a gente consegue visualizar coisas que antes a gente não conseguia, mesmo tendo um monitoramento, mas não era algo que realmente a gente conseguia ver. Muita dificuldade ainda com relação ao registro dos dados, tem locais com problemas de internet, essas coisas assim. Mas eu acho que faz a diferença. E o que a gente percebe, se for no masculino, que esse homem nunca tinha nem acessado os serviços de saúde. A gente tem blocos de atenção à saúde: diabetes e hipertensão, as doenças crônicas não transmissíveis; a questão das IST, ter um olhar voltado pra isso. Quando a gente vem pensando nesse perfil epidemiológico, começa a perceber que hoje consegue ter mais dados pra poder conseguir trabalhar essas questões. [Augusto].

Os problemas relacionados com a qualidade do registro, inclusive a não alimentação dos dados no e-SUS por parte de alguns profissionais, pode impactar o recebimento de recursos financeiros para as EABp, uma vez que ele é o sistema que monitora a produção das equipes. Mais significativo do que isso, a não alimentação ou a fragilidade do registro também prejudica o cuidado prestado à pessoa privada de liberdade, pois o prontuário eletrônico é compartilhado com todos os profissionais, visando o acompanhamento multiprofissional.

Diante dessas problemáticas, observou-se, na transcrição das falas dos entrevistados, que existem iniciativas voltadas para a educação permanente dos profissionais. Ademais, a utilização de sistemas de informação, como o e-SUS AB, permite ampliar o conhecimento e, assim, dar visibilidade às condições de saúde da PPL no estado de Pernambuco, auxiliando o processo de gestão do cuidado desse público.

Os gestores também mencionaram o Hórus, sendo ele o sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica. Nos estabelecimentos prisionais do estado de Pernambuco, o Hórus foi o último sistema a ser implantado, pois havia a necessidade da contratação do profissional de Farmácia e sua alocação nas EABp. Frisa-se que a assistência farmacêutica é de responsabilidade da Saúde e ela, por sua vez, recebe o incentivo financeiro referente à assistência farmacêutica no âmbito da PNAISP, como vimos no capítulo anterior.

Ainda assim, na estrutura organizacional da SERES, existe uma Coordenação de Farmácia que antes recebia toda a medicação adquirida pela SES-PE para o sistema prisional, tendo como tarefa a distribuição e o monitoramento dos insumos e medicamentos. Com a implantação do Hórus, a SERES deixou de ter o seu Centro de Abastecimento Farmacêutico

(CAF), modificando a logística do recebimento e dispensação dos medicamentos para as unidades prisionais, ficando agora a SES-PE responsável por essa atividade.

É necessário sublinhar que, até o presente momento, os farmacêuticos das EABp são vinculados à SERES e por isso tem como chefia imediata a Coordenação de Farmácia desse órgão. Logo, todo o monitoramento e a logística interna da dispensação dos medicamentos para os usuários acaba sendo de responsabilidade da SERES, uma vez que é ela a gestora do estabelecimento penal e tudo aquilo que ocorre dentro dele. Eis o que disseram os gestores:

Temos a coordenação de farmácia também, que está dentro das unidades, tanto pra ver como está a distribuição de medicamentos e o preenchimento do HÓRUS: dispensação dos medicamentos, ver a questão da validade. Até pra gente ter o controle da quantidade de medicamentos que está sendo distribuída, pois a gente sabe que dentro de uma unidade prisional qualquer medicamento vai virar ali droga fácil e até moeda de troca. Esse sistema ajuda muito a gente. [Ênio].

E outro sujeito entrevistado complementou:

A gente avançou também na implantação do sistema Hórus, que é o único estado que tem o sistema Hórus funcionando dentro das unidades prisionais. A maioria dos estados tem fora, não tem dentro. Então, Pernambuco foi pioneiro em implantar e isso provocou que nós tivéssemos os farmacêuticos. A partir do momento que a gente conseguiu implantar o sistema Hórus a gente também foi provocado, dentro dessa estrutura de profissionais básicos [...] porque a gente tem a possibilidade de ampliar 1 (um) profissional de nível superior. Sempre se pensava num psicólogo, num assistente (social), né?, mas não se pensava no farmacêutico. E hoje a gente vê que tem que ter o farmacêutico. É uma cobrança, que tivesse uma melhor regulação na dispensação dos medicamentos. Isso foi um avanço, porque hoje a gente tem o olhar de como está a questão da medicação dentro de cada unidade. Os profissionais foram treinados. A gente não fica só no discurso, de dizer: ‘tô precisando de medicamento, tem tantas pessoas que pediram’. Não! Hoje eles são cadastrados no sistema e aí tem como a gente dizer: ‘você só precisa disso pra ser dispensado’. E se alguém pedir e não tiver usando? Esse foi um avanço muito grande dentro do sistema. [Rorinildo].

Observa-se que a implantação do Hórus interferiu, inclusive, na valorização do profissional de Farmácia que, além de compor as EABp, passou a ter um papel relevante na condução e qualificação, a partir das propostas de educação permanente, da assistência farmacêutica no sistema prisional do estado.

Na exposição de Ênio, o que chama a atenção é a sua fala com relação à medicalização, mais no sentido de que ela pode ser utilizada pelas pessoas privadas de liberdade para um outro fim, transformando-se em moeda de troca, em droga a ser utilizada entre a PPL. Nota-se, mais uma vez, que a questão das drogas é bem mais complexa do que o combate sem precedentes e um tanto ilógico das drogas ilícitas.

Outro destaque com relação aos sistemas de informação se refere à regulação ambulatorial. As equipes de atenção básica de inúmeros municípios utilizam a lógica da referência e contrarreferência e fazem o encaminhamento das solicitações dos casos que

demandam atendimento em outros níveis de atenção para um setor específico, que fará a digitação no sistema de regulação.

Em alguns estabelecimentos prisionais de Pernambuco, as próprias EABp foram treinadas e já conseguem inserir os encaminhamentos para a RAS no sistema de regulação do Ministério da Saúde – o SisREG. A princípio, as EABp passam a ter maior gerência sobre o processo regulatório, o que pode ser traduzido, à luz dos preceitos da APS, como a coordenação do cuidado. Um dos facilitadores para o fortalecimento da política de regulação no âmbito da saúde prisional é a existência, na GEASP, de uma Coordenação de Articulação da Rede SUS, sendo ela responsável por pactuar, orientar e monitorar os fluxos assistenciais.

A gente já conseguiu – o Complexo Prisional do Curado – ele já regula de lá toda a média complexidade, os encaminhamentos de média e alta complexidade. Já conseguimos também com Itapissuma – o PIG (presídio). Essa semana a gente já conseguiu e está sendo implantado e tudo, já está finalizando. E o ideal é que a unidade seja um ponto da rede e nós estamos avançando nisso, inclusive com a regulação do estado. [João].

Em outro tópico, observou-se que, apesar desse significativo avanço na regulação ambulatorial, o déficit de agentes penitenciários interfere no fluxo assistencial, uma vez que o gestor de cotas e responsável pelo agendamento das consultas solicitadas na RAS é o município e não o sistema prisional. Por esse motivo, ocorre que a regulação municipal (ou estadual) pode agendar para um mesmo dia um quantitativo de pessoas privadas de liberdade incompatível com as possibilidades de escolta do sistema prisional.

Já o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização – SI-PNI – merece destaque, pois dentre os que foram abordados pelos gestores entrevistados ele é o que, naquele momento, apresentava maiores dificuldades de implantação *in loco* nas unidades de saúde do sistema prisional. Tal dificuldade decorria do fato de que os estabelecimentos prisionais, em sua maioria, ainda não possuíam instaladas salas de vacina, mesmo com a oferta desse serviço.

A gente tem a questão do PNI e vem numa luta já há algum tempo e era uma das discussões do Grupo Condutor era a sala de vacina. Afinal de contas, não adianta a gente tá fazendo vacina como quem vacina boi. Vem, vacina e não dá continuidade. Pensando o SI-PNI, cadê o local específico? A gente passou o ano passado todinho nessa luta em relação a ter uma sala específica pra ter a sala de vacina. E a gente ainda não consegue, não conseguiu colocar em prática. [Augusto].

Vale ressaltar que algumas unidades prisionais já possuíam estrutura física adequada para comportar sala de vacina, porém existiam outros trâmites e dificuldades, conforme complementou o entrevistado Augusto.

A sala já tem. Com muita luta, as unidades estão com um espaço específico, dentro das normas, mas aí a câmara fria tá presa não sei aonde e não foi liberada, não sei o que, não sei o que lá [...] uma coisa na alfândega. Não sei. É uma história que não lembro direito. Mas a gente não conseguiu, por exemplo, uma coisa simples: que é uma sala de vacina. Como dar continuidade? Você toma hoje. Amanhã se eu chegar

pra vacinar, você toma de novo. E como é que eu faço isso? Então, fica muito aleatório. E aí volta pra questão da estrutura física. Tem toda uma novela de convencimento pra garantir esse espaço, outra novela por conta da infraestrutura. ‘Ah, eu até tenho o que você precisa, mas, óh, perái [...]’. Quanto tempo eu passei pra poder ter uma sala mínima? Uma sala de vacina é algo mínimo, pequeno, e você ter a dificuldade que a gente teve de conseguir garantir e que ainda não está sendo realmente utilizada para tal.

Por fim, curiosamente, os computadores dos consultórios das unidades de saúde localizadas nos estabelecimentos penais do estado, sendo eles necessários para que os profissionais das EABp façam o registro das informações nos devidos sistemas ministeriais aqui explicitados, foram adquiridos pela Secretaria Estadual de Saúde, apesar da PNAISP – sua normativa – definir que a aquisição de material permanente é de atribuição das Secretarias de Justiça e Congêneres. Por outro lado, é colocada para as Secretarias de Saúde a atribuição quanto ao monitoramento dos indicadores e dos dados inseridos nos sistemas de informação. O vanguardismo de Pernambuco nesse quesito é representativo e aponta para possibilidades de consolidação da PNAISP e isso demandaria outros estudos para além deste.

8.5.5 A PNAISP em tempos sombrios: Expectativas dos membros do Grupo Condutor

Nesta derradeira subseção, falaremos sobre as expectativas dos gestores entrevistados com os rumos da PNAISP, num momento em que o cenário político aparentemente não é favorável para as políticas públicas, ainda mais para essa parcela já em situação de vulnerabilidade e estigmatizada, que é a população privada de liberdade no sistema prisional brasileiro.

Muitas dificuldades e avanços foram explicitados ao longo deste trabalho. Com relação às dificuldades para o desenvolvimento da PNAISP no estado de Pernambuco, observou-se que o estigma que sofre a PPL brasileira interfere no próprio entendimento dos municípios quanto a sua responsabilidade sanitária, fazendo com que o gestor local não faça a adesão à política. E nesse ponto da municipalização ainda ocorre o agravante do Ministério da Saúde, que com seus tempos e burocracias, acaba por gerar o descrédito para a adesão à PNAISP.

Para outros sujeitos, o formato da política não atende o sistema prisional, que por ser tão complexo e fechado, literalmente, torna quase que impossível a garantia da integralidade do cuidado ao seu público-alvo, ainda que a PNAISP coloque as unidades de saúde prisionais como ponto de atenção na RAS. O déficit de agentes penitenciários, a presença dos chaveiros e tantos outros aspectos, também prejudicam o acesso das pessoas privadas de liberdade ao cuidado

integral, não só no sentido de serem enxergadas na sua integralidade – suas demandas e necessidades de saúde –, mas, conseqüentemente, no acesso aos outros níveis de atenção.

Do mesmo modo, internamente nas EABp, a rotatividade e/ou ausência do profissional médico também é um complicador para as ações de saúde desenvolvidas. Os salários não atrativos, a exigência de cumprimento de carga horária e outros detalhes desmotivam esse profissional de atuar num espaço tão peculiar como é o sistema prisional.

No que tange aos avanços, a existência de uma normativa que tem como interesse garantir atenção integral à saúde para uma massa de sujeitos estigmatiza foi destacada pelos entrevistados, pois, através da normativa, o estado de Pernambuco conseguiu montar as suas equipes de saúde para o sistema prisional, apesar da dificuldade de fixação de médicos.

Contudo, se em um cenário recente de aparente democracia com governos progressistas, o sistema prisional e a saúde destinada para a PPL eram negligenciados ou invisibilizados. Na atual conjuntura, a apreensão é justamente pelo agravamento da exclusão dos excluídos. Os gestores entrevistados apresentaram apreensão com o atual cenário político no país. Para eles, o presidente eleito em 2018 se elegeu também devido a sua bandeira e slogan do “bandido bom é bandido morto”. É o que se pode observar nas falas a seguir.

A gente sabe, está dito pra todo mundo, se nos momentos mais leves da questão democrática – ela era muito mais presente em todos os setores – nós já tínhamos uma dificuldade de tratar da questão desta população específica, porque a sociedade tem um imaginário diferente da real situação, do porquê essas pessoas estarem lá, imagine agora? Como isso vai agravar. [João].

O próprio SUS vem sendo desmontado, desmerecido, qualquer outra coisa que seja para diminuir qualquer direito de quem não é dono dos espaços: de quem não é rico, branco e detentor do poder. Se pra quem não tá privado de liberdade a situação tá complicada, imagine o financiamento da saúde pra uma pessoa privada de liberdade, se bandido bom é bandido morto! Porque que eu vou gastar dinheiro com essa pessoa, pra saúde dessa pessoa? Se pra população que paga os seus impostos, que está ‘em dia’ e não deve nada a justiça [...] As piores previsão que a gente pode ter! Eu acho que não tem como ver nada positivo. [Augusto].

Deve-se aqui considerar a máxima foucaultiana que diz que onde há poder há resistência. É preciso que estejamos atentos às resistências forjadas. E com relação às expectativas diante do novo governo federal e o seu leque de retrocessos, outro gestor sinalizou que é possível continuar a executar a PNAISP, caminhar em prol dos seus princípios, apesar dos tempos turbulentos. Disse ele:

Até então, a gente vem trabalhando na perspectiva do que está traçado hoje. A gente está muito no miudinho do que a gente tem que fazer pra pessoa que está privada de liberdade. Enquanto não tiver nenhuma normativa, nenhum direcionamento que venha fazer intervenção contra [...] Vou continuar a fazer a minha tarefinha de casa pra quem tá privado de liberdade. E eu acho que por mais que tenha lei, por mais que a gente tenha mudanças de intervenções, a gente sabe que na ponta a autonomia é nossa.

Porque do mesmo jeito que vem pra tolir, vem pra abrir e as pessoas não fazem. A gestão pública hoje é mais o olhar do gestor. [Rorinildo].

Por fim, uma apreensão destacada pelos sujeitos entrevistados diz respeito aos rumos da política de saúde mental no Brasil e o seu impacto no processo de desinstitucionalização do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) de Itamaracá, que é o único manicômio judiciário de Pernambuco. Segundo relataram os gestores, o prazo previsto para o fechamento desse equipamento seria até o final de 2020.

Para os gestores, a lógica hospitalocêntrica, presente no discurso político atual, enfraquece a criação e/ou manutenção de equipamentos substitutivos. O dispositivo prisão aliado a tal retrocesso é tão voraz que provoca nos sujeitos, envolvidos com preceitos antimanicomiais, uma espécie de confusão, ou melhor, de temor quanto ao destino das pessoas privadas de liberdade que cumprem medida de segurança no HCTP, dando a esse equipamento uma importância que não deveria.

Dito de outra forma, a perspectiva hospitalocêntrica da atual gestão federal não fortalece equipamentos substitutivos, como Residências Terapêuticas, um equipamento vital para aqueles que deixarão o HCTP. Com isso, perde-se o próprio foco no fechamento do manicômio judiciário, dando a ele importância tamanha, pois ele passa a ser o único espaço existente para se garantir o cuidado dessas pessoas, mesmo sendo um “ornitorrinco de tijolos”, uma mistura nociva de hospital e prisão.

Tempos tenebrosos para a saúde mental. Tempos sombrios para a saúde coletiva. Tempos horripilantes para a garantia do direito à saúde da população privada de liberdade.

Mesmo de um cenário tão incerto, a PNAISP no estado de Pernambuco demonstra os avanços da política de saúde prisional. Os sujeitos participantes da pesquisa foram unânimes, quando questionados sobre os avanços da política, em citar a seleção simplificada para a contratação de 249 profissionais para o fortalecimento da composição das EABp do estado. Mais uma vez, Pernambuco se destaca por seu pioneirismo ao publicar uma seleção de profissionais que agora estarão sobre gestão da SES-PE e não mais pela SERES.

Essa mudança é extremamente relevante, pois possivelmente apaziguará muitos transtornos no que diz respeito ao papel de cada sujeito, de cada órgão, além de auxiliar o processo de monitoramento dos indicadores de saúde, intensificando os dispositivos forjados pela SES-PE para desempenhar esta atribuição que lhe é exclusiva: a coordenação da implementação da PNAISP. Enquanto outras unidades federativas ainda têm o seu quadro de recursos humanos da saúde prisional vinculados às secretarias de justiça e congêneres, o estado de Pernambuco dá mais um significativo passo para o desenvolvimento da PNAISP.

A experiência da condução da PNAISP em Pernambuco questiona, inclusive, a rasa perspectiva de que as grandes empreitadas, modelos e experiências exitosas são desenvolvidas e estão localizadas no “Sul maravilha” do país. O estado de Pernambuco, apesar de todas as dificuldades em sua política de saúde prisional, explicitadas até então neste trabalho, fala dessa necessidade de olharmos outras práticas, outros lugares, outros territórios e, assim, aprender com eles, compartilhar modos distintos de gestão da política de saúde.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Transformar para conhecer: essa é uma das máximas da Análise Institucional. A partir dos seus preceitos vimos ser possível analisar uma política, ainda mais uma política tão complexa quanto a PNAISP e em uma unidade da federação tão singular como Pernambuco, que, apesar das dificuldades, é um estado com significativos avanços, mostrando assim o vanguardismo quando o quesito é a garantia de uma atenção integral à saúde para a PPL.

A escolha da Análise Institucional fala também da implicação do sujeito pesquisador. Nós escolhemos o tema e o tema também nos escolhe. Nossas alianças teórico-filosóficas também influenciam na perspectiva que temos do mundo e daquilo que se pretende investigar. E neste trabalho não foi diferente. Pensar a instituição enquanto uma forma social emaranhada numa trama de poder, nesse poder que não é sinônimo de poderio estatal, mas sim um fenômeno que se dá e que se dá somente no campo relacional, foi útil para pensar o sistema prisional – esse dispositivo de exclusão de uma considerável parcela da sociedade. O dispositivo prisão enquanto ferramenta para acentuar a exclusão dos já excluídos.

Tanto a prisão quanto a saúde são instituições, lógicas que se corporificam no tempo, nos espaços, são produtos históricos. A saúde não é mais vista como mera ausência de doenças. E a prisão não é só um espaço, um estabelecimento físico que enclausura as pessoas. Enquanto instituições, ambas possuem o germe da dissolução. Suas forças de manutenção (o instituído) também se abalam com as forças de ruptura (o instituinte), num processo dialético que não é maniqueísta, mas que é tenso: a institucionalização.

Os estabelecimentos penais brasileiros representam a violação de direitos e expressão de algo elementar e micropolítico que tece a nossa sociedade: a lógica punitiva, essa armadilha que toca na nossa singularidade, nos captura e produz subjetividades. O sistema prisional brasileiro é a representação da falência do próprio Estado diante dos conflitos sociais. Excluir para incluir. Excluir do convívio social com o pretexto de ressocializar os ditos e tidos como transgressores das leis é algo nefasto e contraditório. E nessa exclusão, como vimos no referencial teórico e ratificado nos resultados deste estudo, o que temos é uma parcela considerável de pobres, periféricos e negros.

Quando se olha para o dispositivo prisão, em especial seu modo de operar no Brasil e mais precisamente no estado de Pernambuco – palco deste trabalho – o que se observou, nesta pesquisa, é que as tecnologias de segregação atingem as pessoas privadas de liberdade, os trabalhadores, os familiares das pessoas privadas de liberdade, enfim, todos aqueles que adentram e que se relacionam com essa seara.

Há um projeto em curso e esse é um projeto genocida do povo negro brasileiro. A morte-fim e a morte-meio pairando no ar, sempre. A favela, a polícia, a tortura, a droga, o crime, a violência gratuita no horário nobre. Ser negro nesse país é uma arte – a da sobrevivência –, pois o negro é, antes de tudo, inimigo do Estado. Basta ver os tanques de guerra que adentram os guetos e favelas.

Diante de toda a problemática estrutural, vimos que a PNAISP surge, após o PNSSP, para materializar a garantia de uma atenção integral à saúde para as pessoas encarceradas. A nova política ganhou mais robustez se comparada ao plano. Seu escopo de ações, o seu público aumentou, mas o seu financiamento também. Mesmo assim, vimos nos resultados, a partir dos membros do Grupo Condutor, que o financiamento atravessa todo o processo da PNAISP, inclusive na não adesão à política por parte dos municípios, uma vez que os gestores locais consideram o seu aporte financeiro ainda não condizente com as demandas em saúde de uma população em considerável situação de vulnerabilidade.

Em Pernambuco, os avanços na garantia do direito à saúde para a população privada envolvem desde a implantação dos sistemas de informação em saúde até o amadurecimento na operacionalização e desenvolvimento da política, com a definição de atores específicos, tais como os apoiadores institucionais, a coordenação local e a supervisão de saúde, apesar dos desafios presentes na relação conflituosa entre secretarias de estado com lógicas distintas, onde as relações de poder se apresentam de forma intensa.

Por fim, consideramos que a saúde prisional no estado de Pernambuco tem muitos atravessamentos, sobretudo em sua estrutura física, que acentua o drama que vive a população privada de liberdade em meio à superlotação e insalubridade dos espaços. Esse caráter paradoxal e singular de Pernambuco mostra que o estado convive, ao mesmo tempo, com aspectos praticamente medievais, quando o assunto é a estrutura física e a violação de direitos, e com uma pujante política de saúde prisional. Radicalizar as ideias, como bem nos orientou David Capistrano Filho, é o primeiro passo para a consolidação de uma saúde prisional atenta às demandas da população privada de liberdade e, principalmente, as instituições que engendram as práticas. Torna-se premente outros estudos que reflitam e que apontem possibilidades no campo da saúde prisional, especialmente no estado de Pernambuco.

10 TORNAR-SE HUMANO EM UM LUGAR DESUMANO

Como livrar do fascismo
nosso discurso e nossos atos,
nossos corações e nossos prazeres?
Como desentranhar o fascismo
que se incrustou em nosso comportamento?
(FOUCAULT, 1977b)

Não sei sobre o porvir, mas acho que esses tempos sombrios perdurarão por um tempo. Pensar uma vida não fascista é lutar diariamente para não sermos seduzidos e capturados pelas amarras do poder. Um fascistóide no poder. O ocupante do cargo mais alto do Executivo do país é um acéfalo e destruidor de direitos adquiridos. Contra as minorias. O golpe. A banalidade do mal. O autoritarismo parece ser uma arma que nos fere ao longo da história. Nossa existência é aviltada, quase que diariamente, mas é preciso resistir.

E o que falar da prisão? Aquele espaço cheio de grades reais e onde se vilipendia corpos, é um espaço e uma lógica que não dialoga com aquilo que entendemos enquanto saúde, com o direito à saúde, então, é preciso o seu desmonte. Um desmonte radical, que representa não só a destruição do espaço físico, mas uma produção subjetiva que tire de nós as correntes da lógica punitiva, desse sentimento de vingança travestido de justiça. Lógica que nos toca, que nos constitui e que nos move enquanto sociedade. Abolicionismo penal já!

Finalizo uma etapa que é só uma parte do meu viver. Não tive a oportunidade de responder a carta daquele preso. Já se passaram 10 anos. Mais de 10 anos até. Porém, se eu pudesse respondê-lo hoje, de alguma forma, eu diria:

Cara, como você está? Eu segui a vida e estou tentando fazer da minha formação acadêmica uma arma política. E me desculpa se eu não consegui, mas eu estou tentando. Eu só quero te dizer que encontrei pessoas que pensam igual a mim. Pessoas que me contaram que elas também se tornaram mais humanas em um lugar tão desumano como é o sistema prisional. Estou me esforçando pra me unir a elas, estar mais perto de gente que pode ajudar nessa missão, mas tá difícil. A sociedade não quer, os políticos não querem. Eles não estão interessados. A Academia, que é um espaço de produção de conhecimento, também está nesse mesmo barco. São poucos lá interessados em vocês, na gente. Mas, enfim, a gente continua na luta. E me desculpa por demorar a te responder. A vida é esse atropelo. Dizem que ela é bonita e é bonita [...] Sim, isso é verdade. Mas a vida é luta, é guerra e poucos são os seus sobreviventes. Mas eu estou aqui, vivo, e não me esqueci de você. Espero que você esteja bem. Espero que tenha retornado pra casa e que esteja com a sua família. Será que a gente se esbarra por aí? Eu acho que não vai rolar. Mesmo assim, muito obrigado por tudo.

A prisão é paradoxal e tem esse efeito de fazer com que nos tornemos humanos mesmo sendo um lugar tão desumano. Não estou sozinho. Não estamos sozinhos. O coletivo sempre presente. E não é isso uma das coisas mais incríveis da vida?

REFERÊNCIAS

- AARESTRUP, Cláudia; TAVARES, Cláudia Mara de Melo. A Formação do Enfermeiro e a Gestão do Sistema de Saúde. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiana, v. 10, n. 1, p. 228-234, 2008.
- ABADE, Emílio Carlos; LOFFREDO, Leonor de Castro Monteiro; TELAROLLI JÚNIOR, Rodolpho. Perfil epidemiológico da AIDS em população carcerária de Ribeirão Preto-SP. **Rev. Odontol. UNESP**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 285-299, 1999.
- AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer: O poder soberano e a vida nua I**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2004.
- ALBUQUERQUE, Newton. Em livro, preso narra o que sentiu e como viu o 'massacre de Alcaçuz. [Entrevista cedida a] Anderson Barbosa. **Portal G1**, 30 mar. 2017. Disponível em: <http://g1.globo.com/rn/rio-grande-do-norte/noticia/2017/03/em-livro-presos-narra-o-que-sentiu-e-como-viu-o-massacre-de-alcacuz.html>. Acesso em: 07/04/2018.
- ALEXANDER, Michelle. **A nova segregação: racismo e encarceramento em massa**. São Paulo: Boitempo, 2018. 373 p.
- ALTOÉ, Sônia (org.) **René Lourau: Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.
- ALVARENGA FILHO, José Rodrigues. **“A Chacina do Pan” e a produção de vidas descartáveis na cidade do Rio de Janeiro: “não dá pé não tem pé nem cabeça. Não tem ninguém que mereça. não tem coração que esqueça”**. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.
- ALVES, José Augusto Lindgren. A Declaração dos Direitos Humanos na Pós-Modernidade. *In*: ALVES, José Augusto Lindgren. **Os Direitos Humanos na Pós-Modernidade**. São Paulo: Perspectiva, 2013.
- ARENDDT, Hannah. **Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal**. Tradução José Rubens Siqueira. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.
- ARENDDT, Hannah. **O que é política**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.
- AUGUSTO, Acácio. Para além da prisão-prédio: As periferias como campos de concentração a céu aberto. **Cad. Metrop.**, São Paulo, v. 12, n. 23, p. 263-276. DOI: <https://doi.org/10.1590/5933>.
- BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; MATTOS, Ruben Araujo de. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). *In*: MATTOS, Ruben Araújo de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria (org.). **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 83-151.
- BARATA, Rita de Cássia Barradas. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista USP**, São Paulo, v. 51, p. 138-145, 2001.

BAREMBLITT, Gregório Franklin. **Compêndio de análise institucional e outras correntes:** teoria e prática. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002. (Biblioteca Instituto Félix Guattari, n. 2). Disponível em: http://repocursos.unasus.ufma.br/tutores_20142/repositorio/modulo2/pdfUnid1.pdf. Acesso em: 20 mar. 2018.

BARROS, Regina Duarte Benevides de. **Grupo:** a afirmação de um simulacro. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

BARROS, Regina Duarte Benevides de. **Grupo:** a Afirmação de um Simulacro. Porto Alegre: Sulina/Ed. UFGRS, 2007. 347p.

BATISTA, Nilo. **Punidos e Mal Pagos.** Rio de Janeiro: Revan, 1990. 192 p.

BATISTA, Vera Malaguti. Adeus às ilusões "re". *In:* COIMBRA, Cecilia Maria Bouças; AYRES, Lygia Santa Maria; NASCIMENTO, Maria Livia do (org.). **Pivetes:** Encontros entre a psicologia e o judiciário. Curitiba: Juruá, 2008. p. 195-199.

BATISTA, Vera Malaguti. **Diffíceis ganhos fáceis:** drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Instituto Carioca de Criminologia/Ed. Freitas Bastos, 1998. 140p.

BAUMAN, Zygmunt. **Vidas desperdiçadas.** Rio de Janeiro: JZE, 2005.

BENTES, Ivana. **Maldito Foucault.** Revista Cult, São Paulo, 10 jan. 2017. Disponível em: <https://revistacult.uol.com.br/home/maldito-foucault/>. Acesso em: 8 abr. 2018.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos.** Tradução Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 1992. 212 p.

BORGES, Juliana. **O que é encarceramento em massa?** Belo Horizonte: Letramento, 2018. 144 p.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO [da] SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Brasília: Ministério da Saúde, v. 46, n. 9, 2015.

BRASIL. Lei n.º 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União:** seção 1, ano 122, Brasília, DF, p. 10227, 13 jul. 1984.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 1-5, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 249, p. 4-5, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **Prevenção**. I Fórum Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário - Nota Técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 143, n. 163, p. 2-6, 24 ago. 2006.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistemas de Informação em Saúde e Vigilância Epidemiológica. *In*: BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 63-77. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde no Sistema Prisional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/legislacao_saude_sistema_prisional.pdf. Acesso em: 14 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: Atualização – dezembro de 2014**. Brasília: MJ, 2015. Disponível em: http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/infopen_dez14.pdf. Acesso em: 31 maio 2019.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 183, p. 68-76, 22 set. 2017a.

BRASIL. Departamento Penitenciário Nacional. **Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – INFOPEN**. Brasília: Ministério da Justiça, 2017b. Disponível em: <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen>. Acesso em: 14 mar 2018.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: Atualização – dezembro de 2016**. Brasília: MJSP, 2018. Disponível em: <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-sinteticos/infopen-dez-2016-rev-12072019-0802.pdf>. Acesso em: 31 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: Atualização – junho de 2017**. Brasília: MJSP, 2019. Disponível em: <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-sinteticos/infopen-jun-2017-rev-12072019-0721.pdf>. Acesso em: 31 maio 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apresentação. *In*: L'ABBATE, Solange; MOURÃO, Lúcia Cardoso; PEZZATO, Luciane Maria (org.). **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013. 636 p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000. 236 p.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CANO, Ignácio. Direitos para os bandidos? Direitos humanos e criminalidade no Brasil. *In*: MAYBURY-LEWIS, Biorn; RANINCHESKI, Sônia (org.). **Desafios aos direitos humanos no Brasil contemporâneo**. Brasília: CAPES/Verbena, 2011, p. 33-46.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006. p. 117-130.

COIMBRA, Cecília Maria Bouças. Os Caminhos de Lapassade e da Análise Institucional: uma empresa possível. **Rev. Dep. Psicol. UFF**, Niterói, v. 7, n. 1, p. 52-80, 1995.

COIMBRA, Cecília Maria Bouças. Tortura ontem e hoje: resgatando uma certa história. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 11-19, jul./dez. 2001.

COIMBRA, Cecília Maria Bouças. D.H. e a atuação na área jurídica. *In*: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Os Direitos Humanos na prática profissional dos psicólogos**. Brasília: CFP, 2003. p. 6-9.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. (Brasil) **GEOPRESÍDIOS**: Dados das Inspeções nos Estabelecimentos Penais. Conselho Nacional de Justiça, Brasília, 2014. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php. Acesso em: 25 jul. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Mutirão carcerário**: raio-x do Sistema Penitenciário Brasileiro. Brasília: CNJ, 2012.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Resolução da Corte Interamericana de Direitos Humanos**, de 28 de novembro de 2018. Medidas provisórias a respeito do Brasil: assunto do Complexo Penitenciário de Curado. San José, Costa Rica: CorteIDH, 2018. Disponível em: http://www.corteidh.or.cr/docs/medidas/curado_se_06_por.pdf. Acesso em: 31 maio 2019.

DELEUZE, Gilles. Post-Scriptum sobre as sociedades de controle. *In*: DELEUZE, Gilles. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997. v. 4.

DORNELLES, João Ricardo Wanderley. **O que são Direitos Humanos?** São Paulo: Brasiliense, 1993.

DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. A genealogia. *In*: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault**: Uma trajetória filosófica - para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 116-131.

FERNANDES, Daniela Araújo *et al.* Amparar e construir resistências com os familiares e amigos de pessoas presas. *In*: PASTORAL CARCERÁRIA NACIONAL. **Tortura em Tempos de Encarceramento em Massa**. São Paulo: CNBB, 2018. p. 33-43. Disponível em: <https://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2018/12/Tortura-em-tempos-de-encarceramento-em-massa-2018.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2018.

FERNANDES, Florestan. Prefácio. *In*: NASCIMENTO, Abdias. **O genocídio do Negro brasileiro**: processo de racismo mascarado. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

FLAUZINA, Ana Luiza Pinheiro. **Corpo negro caído no chão**: o sistema penal e o projeto genocida do Estado brasileiro. Rio de Janeiro: Contraponto, 2008, 186 p.

FLICK, Uwe. Pesquisa Qualitativa: por que e como fazê-la. *In*: FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução de Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FORRESTER, Viviane. **O horror econômico**. São Paulo: Ed. da UNESP, 1997.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1977a.

FOUCAULT, Michel. Prefácio. *In*: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **O Anti-Édipo**: capitalismo e esquizofrenia. Nova York: Viking Press, 1977b. p. 11-14.

FOUCAULT, Michel. **A Ordem do Discurso**. São Paulo: Loyola, 1996.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

FOUCAULT, Michel. Direito de morte e poder sobre a vida. *In*: FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**: a vontade de saber. São Paulo: Graal, 2003. v. 1, p. 125-152.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FREIRE, Marcelino. Esquece. *In*: FREIRE, Marcelino. **Contos Negreiros**. Rio de Janeiro: Record, 2020. p. 29-33.

FRINHANI, Fernanda de Magalhães Dias. **Mulheres Aprisionadas**: representando o universo prisional. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2004.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Consulta de pagamentos**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/consultas/>. Acesso em: 10 jul. 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

- GIORDANI, Anecy Tojeiro; BUENO, Sonia Maria Villela. Mulheres detentas –prevenção às DST-AIDS e gravidez no contexto de uma sociedade patriarcalista. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n.5, p. 36-42, 2001.
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: Cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1996.
- GUIZARDI, Francini Lube; LOPES, Márcia Raposo; CUNHA, Maria Luiza S. Contribuições do Movimento Institucionalista para o estudo de políticas públicas de saúde. *In*: MATTOS, Ruben Araujo de Mattos; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria (org.). **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. v. 1, p. 320-346.
- JESUS, Jessica Oliveira de. A Máscara. **Cad. Literatura em Tradução**, São Paulo, v. 16, p. 171-180, 2016. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2359-5388.i16p171-180>.
- L'ABBATE, Solange. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003.
- L'ABBATE, Solange. Análise Institucional e saúde coletiva: uma articulação em processo. *In*: L'ABBATE, Solange; MURÃO, Lúcia Cardoso; PEZZATO, Luciane Maria (org.). **Análise Institucional e Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 31-88.
- LEITE, Mayar Patrícia Vorga. Cartografar (n)a prisão. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-813, 2014.
- LEMGRUBER, Julita. **Cemitério dos vivos: análise sociológica de uma prisão de mulheres**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1999.
- LERMEN, Helena Salgueiro *et al.* Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 905-924, 2015.
- LIMA, Antônio Carlos de; ALVARENGA FILHO, José Rodrigues de. A potência do cuidado: uma experiência no Sistema Prisional de Pernambuco. **Psicol., Ciênc. Prof.**, Brasília, v. 38, n. spe2, p. 117-130, 2018.
- LIMA, Antonio Carlos de; CASTRO, Camila de Moura; SILVA, Ana Paula da. Ensaio sobre saúde mental, sistema prisional e Direitos Humanos: por uma radicalização da desinstitucionalização. **Cad. Bras. Saúde Ment.**, Florianópolis, v. 9, n. 24, p. 123-147, 2017.
- LOBO, Lilia Ferreira. Pesquisar: a genealogia de Michel Foucault. *In*: FONSECA, Tania Mara Galli; NASCIMENTO, Maria Lívia do; MARASCHIN, Cleci (org.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2012. p. 11-17.
- LODDI, Laila Beatriz da Rocha. **Casa de bricolador(a): cartografias de bricolagens**. 2010. Dissertação (Mestrado em Cultura Visual) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010.

- LOPES, Fernanda *et al.* Prevalência de HIV, papilomavírus humano e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo, 1997-1998. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1473-1480, nov./dez., 2001.
- LOURAU, René. **Análise Institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: Eduerj, 1993.
- LOURAU, René. **Analista Institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MACÊDO, Andréia de Oliveira. "**Polícia, quando quer, faz!**" Análise da estrutura de governança do "Pacto pela Vida" de Pernambuco. 2012. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
- MAIA, Miguel Ângelo Barbosa; OSÓRIO, Cláudia. Trabalho em saúde em tempos de biopoder. **Arq. Bras. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 56, n.1, p. 71-81, 2004.
- MARASCHIN, Cleci; RANIERE, Édio. Bricolar. *In*: FONSECA, Tania Mara Galli; NASCIMENTO, Maria Lívia do; MARASCHIN, Cleci (org.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2012. p. 39-42.
- MATÃO, Maria Eliane Liégio *et al.* Maternidade atrás das grades: particularidades do binômio mãe e filho. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.**, São João del-Rei, v. 6, n. 2, p. 2235-2246, 2016.
- MATTOS, Arthur Lobo Costa. Contribuições da Arqueologia e da Genealogia à Análise de Políticas de Saúde. *In*: MATTOS, Ruben Araujo de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. (org.). **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. v. 1, p. 346-399.
- MATTOS, Ruben Araújo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, CEPESC: ABRASCO, 2006. p. 43-68.
- MBEMBE, Achille. Necropolítica. **Arte e ensaios**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 32, p. 123-151, dez. 2016.
- MENDES, Áquilas. O grande problema é a falta de dinheiro para o SUS, e não a forma de repasse desses recursos. [Entrevista cedida a] André Antunes. **EPSJV/Fiocruz**, Rio de Janeiro, 6 mar. 2017. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/o-grande-problema-e-a-falta-de-dinheiro-para-o-sus-e-nao-a-forma-de-repasse>. Acesso em 15 jul. 2019.
- MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; GUERRA, Lúcia Dias da Silva. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe 1, p. 224-243, 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção. *In: SANATANA, José Paranaguá; CASTRO, Janete Lima de. (org.). Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde*. Natal: EDUFRN, 1999.

MENDES, Rosilda; PEZZATO, Luciane Maria; SACARDO, Daniele Pompei. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1737-1746, 2016.

MENEGAT, Marildo. Feitiço de fundo de quintal – o PT, a crise e a economia política da barbárie. *Metaxy*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 9-27, 2017.

MERHY, Emerson Elias. **O ato de cuidar é um ato paradoxal: pode aprisionar ou liberar**. Campinas: [S.n.], 2004. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/view/12817362/cuidado-com-o-cuidado-em-saude-saiba-explorar-seus-uff>. Acesso em: 15 dez. 2018.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris: Assembleia Geral da ONU, 1948. Disponível em: <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2018.

NASCIMENTO, Diego. **Evolução dos Sistemas Penitenciários**. Salvador: UNIFACS, 2011. (Debate Virtual, n. 128).

NASCIMENTO, Gabrielle. O GIR e o Corpo Negro como Laboratório. *In: PASTORAL CARCERÁRIA NACIONAL. Tortura em Tempos de Encarceramento em Massa*. São Paulo: CNBB, 2018. p. 44-54. Disponível em: <https://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2018/12/Tortura-em-tempos-de-encarceramento-em-massa-2018.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2018.

NASCIMENTO, Marília Monteiro **Os “chaveiros” e as violações aos direitos humanos no Complexo Prisional do Curado**. 2018. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018.

NEY, Márcia Silveira; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia de Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.

NJERI, Aza. Formação Afrocêntrico-Pedagógica Sobre África e Diáspora. Rio de Janeiro: UEAD, UFRJ, 2018. 1 vídeo (73 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=8TVOMHKy3oU&t=178s>. Acesso em: 31 mar. 2019.

NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida *et al.* Trabalho gerencial em Unidades Básicas de Saúde de municípios de pequeno porte no Paraná, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 573-584, 2016.

O ABECEDÁRIO de Gilles Deleuze. Entrevista de Claire Parnet. Produção e direção de Pierre-André Boutang. Paris: Éditions Montparnasse, 1996. Filme (450 min).

OLIVEIRA, Joana Angélica Macedo; PASSOS, Eduardo. Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 2, n. 3, p. 171-187, 2012.

PACELLI, Eugênio. **Curso de Processo Penal**. 22. ed. São Paulo: Atlas, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAIVA, Irismar Karla Sarmiento de *et al.* Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016.

PASTORAL CARCERÁRIA DE PERNAMBUCO. [**Correspondência**]. Destinatário: Santiago Canton, Secretário Executivo da Comissão Interamericana de Direitos Humanos da OEA. Recife, 3 jun. 2011. 1 Ofício. Disponível em: http://arquivoanibal.weebly.com/uploads/4/7/4/9/47496497/01_solicitacao-de-medidas-cautelares-presidio-anibal-bruno-final-2011-06-03_--pub.pdf. Acesso em: 15 mar. 2018.

PEREIRA, Tânia Maria Dahmer. “**O guarda espera um tempo bom**”: a relação de custódia e o ofício dos inspetores penitenciários. 2006. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

PINTO, Ione Carvalho. **Os sistemas públicos de informação em saúde na tomada de decisão**: rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto-SP. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

PIRES, Rodrigo Otávio Moretti *et al.* **Gestão do processo de trabalho em saúde no estabelecimento penal**. Florianópolis: UFSC, 2014. 43 p.

PITTA, Ana Maria da Rocha; RIVERA, Francisco Javier Uribe Sobre pontos de partida: planejamento em comunicação e integralidade da atenção em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 395-410, 2006.

PRADO FILHO, Kleber. A genealogia como método histórico de análise de práticas e relações de poder. **Rev. Ciênc. Humanas**, Florianópolis, v. 51, p. 311-327, 2017.

RAUTER, Cristina Mair Barros. **Clínica do Esquecimento**: construção de uma superfície. 1998. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1998.

RIBEIRO, Darcy. **O povo brasileiro**. Rio de Janeiro: Global, 2015.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. **As subjetividades em revolta**: institucionalismo francês e novas análises. 1994. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicol. Soc.**, Recife, v. 26, n. 1, p. 44-52, 2014.

ROSSI, André; PASSOS, Eduardo. Análise Institucional: Revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Rev. Epos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 1-21, 2014.

SANTOS, Adriana Rosa Cruz. Destituição, esgotamento, criação. *In*: GONÇALVES, Mariana Alves; ALVARENGA FILHO, José Rodrigues de; CUNHA, Carolini Cássia; PORTUGAL, Francisco Teixeira. (org.). **Psicologia, direitos humanos e movimentos sociais**: capturas e insurgências na cidade. Florianópolis: Abrapso, 2017. v. 3, p. 93-106.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Para uma concepção intercultural dos direitos humanos. *In*: SANTOS, Boaventura de Sousa. **A gramática do tempo**: para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez, 2006. P. 433-470.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Os direitos humanos na zona de contacto entre globalizações rivais. **Cronos**, Natal, v. 8, n. 1, p. 23-40, 2007.

SANTOS, Joel Rufino. **Épuras do social**: Como podem os intelectuais trabalhar para os pobres. São Paulo: Global, 2004.

SANTOS, Juarez Cirino dos. O adolescente Infrator e os Direitos Humanos. **Rev. IBDH**, [S. l.], n. 2, p. 90-99, dez. 2001. Disponível em: <https://revista.ibdh.org.br/index.php/ibdh/article/view/32>. Acesso em: 20 mar. 2018.

SELIGMANN-SILVA, Edith. Os riscos da insensibilidade. *In*: ARAÚJO, Anísio *et al.* (org.). **Cenários do trabalho**: subjetividade, movimento e enigma. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

SEMINÁRIO DE COOPERAÇÃO BRASIL / FRANÇA, 1., 2000, Brasília. **Seminário de Cooperação Brasil / França**: profissionais de saúde frente ao manejo da infecção pelo HIV: aspectos psicossociais e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

SILVA, Martinho Braga Batista. Emergência de uma política, extinção de uma coordenação: sobre a gestão da saúde penitenciária no Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2021-2030, 2016.

SILVA, Martinho Braga Batista. **Saúde Penitenciária no Brasil**: plano e política. Brasília, DF: Verbena, 2015. v. 1, 120 p.

SIRONI, Françoise. **Carrascos e Vítimas**: psicologia da tortura. Tradução de Sérgio Sálvia Coelho. São Paulo: Terceira Imagem, 2011.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

TEDESCO, Silvia Helena; SADE, Christian; CALIMAN, Luciana Vieira. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal, Rev. Psicol.**, Niterói, v. 25, n. 2, p. 299-322, 2013.

TEODORESCU, Lindinalva Laurindo; TEIXEIRA, Paulo Roberto. **Histórias da Aids no Brasil: 1983 - 2003**. As respostas governamentais à epidemia de AIDS. Brasília: Ministério da Saúde: UNESCO, 2015. v. 1. 463 p.

THIOLLENT, Michel. Maio de 1968 em Paris: testemunho de um estudante. **Tempo Soc.**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 63-100, out. 1998.

THOMPSON, Augusto Frederico Gaffrée. Fins contraditórios atribuídos à pena de prisão. *In*: THOMPSON, Augusto Frederico Gaffrée. **A questão penitenciária**. Petrópolis: Vozes, 1976. cap. 5.

VALOIS, Luís Carlos. **Execução penal e ressocialização**. São Paulo: Estúdio Editores.com, 2015. v. 1, 127 p.

VALOIS, Luís Carlos. Polícia Social: A uniformização de um comportamento moral. *In*: VALOIS, Luís Carlos. **O Direito penal da guerra às drogas**. 2. ed. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2016. v. 1, cap. 3.

VALOIS, Luís Carlos. Saúde, Drogas e Repressão. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE EXEUCÃO PENAL, 2003, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: FEMPERJ, 2003.

Disponível em:

<https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/60/SA%C3%83%C5%A1DE%20DROGAS%20E%20REPRESS%C3%83%C6%92O.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2018.

VEDOVATO, Luís Renato; BARRETO, Michelle Camille. Tratados Internacionais de Direitos Humanos e o Estado Brasileiro: incentivo na construção de políticas públicas. **RP3, Rev. pesq. pol. públ.**, Brasília, n. 2, p. 32-48, 2015.

VELASCO, Clara *et al.* Superlotação aumenta e número de presos provisórios volta a crescer no Brasil. **Portal G1**, 26 abr. 2019. Monitor da violência. Disponível em:

<https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2019/04/26/superlotacao-aumenta-e-numero-de-presos-provisorios-volta-a-crescer-no-brasil.ghtml>. Acesso em: 31 maio 2019.

WACQUANT, Loïc. **As prisões da miséria**. Rio de Janeiro: J. Zahar; 2001.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e método**. Tradução de Daniel Grassi. 2. ed. Porto Alegre: Brookman, 2001.

APÊNDICE A – DOCUMENTOS DA ANÁLISE DOCUMENTAL

	Documento visitado	Disponível em:
01	Portaria MS/GM nº 485, de 29 de março de 1995	Legislação da Saúde Prisional https://aps.saude.gov.br/biblioteca/acervo/MzY=
02	Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de setembro de 2003	
03	Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017	
04	Portaria GM/MS nº 2.765, de 12 de dezembro de 2014	
05	Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014	
06	Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014	
07	Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984	
08	Carta Denúncia – Solicitação de medidas cautelares à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (a CIDH), Organização dos Estados Americanos (OEA), 3 de junho de 2011	Arquivo Anibal Autos do processo internacional sobre o Complexo Prisional do Curado (antigo Anibal Bruno) <i>Registro da condenação do Brasil devido às violações de direitos no Sistema Prisional de Pernambuco.</i> http://arquivoanibal.weebly.com/arquivo.html
09	Carta ref: Pessoas privadas da liberdade no Presídio Professor Aníbal Bruno, da CIDH aos Representantes, 28 de junho de 2011.	
10	Carta ref: Info. adicionais, dos Representantes à CIDH, 8 de julho de 2011.	
11	Concessão de medidas cautelares, Carta, ref: Pessoas privadas da liberdade no Presídio Professor Aníbal Bruno, da CIDH aos Representantes, 4 de agosto de 2011.	
12	1º Informe, da República Federativa do Brasil à CIDH, 24 de agosto de 2011.	
13	1º Contrainforme, dos Representantes à CIDH, 10 de novembro de 2011.	
14	2º Informe, da República Federativa do Brasil à CIDH, 23 de fevereiro de 2012.	
15	2º Contrainforme, dos Representantes à CIDH, 26 de agosto de 2012.	
16	Extensão das medidas cautelares, da CIDH aos Representantes, 2 de outubro de 2012.	
17	3º Informe, da República Federativa do Brasil à CIDH, 14 de novembro de 2012.	
18	3º Contrainforme dos Representantes à CIDH, 13 de setembro de 2013.	
19	4º Informe, da República Federativa do Brasil à CIDH, 28 de outubro de 2013.	
20	Carta de apresentação, ref: 4º Informe, da CIDH aos Representantes, 26 de novembro de 2013.	
21	4º Contrainforme, dos Representantes à CIDH, 18 de fevereiro de 2014.	
22	Carta & Solicitação de medidas provisórias, da Corte ao Ministério das Relações Exteriores; e da CIDH à Corte, 10 e 9 de abril de 2014.	
23	Resolução da Corte Interamericana de Direitos Humanos: Medidas Provisórias a Respeito do Brasil, Assunto do Complexo Penitenciário de Curado, 22 de maio de 2014.	
24	1º Relatório, da República Federativa do Brasil, à Corte, 2 de outubro de 2014.	
25	1º Relatório dos Representantes, à Corte, 5 de novembro de 2014.	
26	2º Relatório da República Federativa do Brasil, à Corte, 4 de fevereiro de 2015 (datado 30 de janeiro de 2015).	
27	Resolução da CorteIDH/OEA - Medidas Provisórias a respeito do Complexo Penitenciário do Curado, Brasil, de 28 de novembro de 2018	Resoluções da CorteIDH/OEA referentes às visitas de inspeção ao Complexo do Curado e suas medidas provisórias https://www.corteidh.or.cr/medidas_provisionales.cfm
28	Resolução da CorteIDH/OEA - Medidas Provisórias a respeito do Complexo Penitenciário do Curado, Brasil, de 15 de novembro de 2017	
29	Resolução da CorteIDH/OEA - Medidas Provisórias a respeito do Complexo Penitenciário do Curado, Brasil, de 23 de novembro de 2016	
30	Resolução da CorteIDH/OEA - Medidas Provisórias a respeito do Complexo Penitenciário do Curado, Brasil, de 18 de novembro de 2015	
31	Resolução da CorteIDH/OEA - Medidas Provisórias a respeito do Complexo Penitenciário do Curado, Brasil, de 07 de outubro de 2015	
32	Planos Estaduais de Saúde – 2012-2015 e 2016-2019	http://portal.saude.pe.gov.br/documentos/planos-estaduais-de-saude
33	Projeto Pernambuco 2035	https://www.seplag.pe.gov.br/pe-2035

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE – MEMBRO DO GRUPO CONDUTOR

Prezado(a)

Você integra o Grupo Condutor da PNAISP no estado de Pernambuco e nesse momento está sendo convidado a participar, como voluntário(a), na realização de uma pesquisa de dissertação de mestrado que será realizada por Antonio Carlos de Lima, aluno do curso de Mestrado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz em Pernambuco – IAM/FIOCRUZ-PE. Este trabalho está sob a orientação da Profa. Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel, pesquisadora e docente do Departamento de Saúde Coletiva (NESC/IAM/FIOCRUZ-PE).

Esta pesquisa tem como objetivo analisar o papel do Grupo Condutor para a consolidação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) no âmbito do estado de Pernambuco e foi devidamente autorizada tanto pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), órgão responsável pela coordenação do Grupo Condutor.

Procedimentos: Para que a pesquisa seja realizada, uma de suas etapas é a realização de grupos focais. Por isso, você precisa concordar em participar de no mínimo dois encontros em formato de Grupo Focal que serão realizados nas dependências da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, bem como a gravação das falas. Esta pesquisa terá caráter gratuito e espontâneo, não havendo nenhum custo ou compensação financeira pela sua participação.

Riscos: A pesquisa apresenta riscos mínimos para você. Você pode sentir desconforto com as perguntas e quaisquer incômodos poderá informar ao pesquisador responsável no momento da reunião ou posterior a ela.

Benefícios: Esta pesquisa não traz benefícios diretos para você. Espera-se que com esta pesquisa consiga-se analisar os desafios e avanços da PNAISP em Pernambuco. Você não terá benefício financeiro na participação desta pesquisa.

Sigilo: Não haverá a identificação dos sujeitos em nenhum relatório ou publicação do estudo. Toda a informação adquirida durante este estudo será tratada como confidencial e será apenas dada a conhecer aos investigadores. Só os dados anônimos serão usados para possível exposição em publicações científicas, sem identificação do seu nome, do local onde você trabalha no momento ou a qual órgão você representa no Grupo Condutor da PNAISP.

Destino dos dados coletados: Os resultados dessa pesquisa serão divulgados e publicados. Você terá acesso a essas informações. Em momento algum você será identificado(a). Após o término da pesquisa, os dados constituirão um banco de dados, que poderá ser utilizado em estudos futuros, que serão encaminhados para análise do Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados ficarão armazenados com extrema privacidade e confidencialidade dos sujeitos envolvidos no Núcleo de Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz Pernambuco, sob responsabilidade da pesquisadora Dra Idê Gomes Dantas Gurgel, por cinco anos. Após este período, serão destruídos.

Ao assinar, isto significa que concorda em participar da pesquisa. É preciso que a sua assinatura seja obtida antes da realização de qualquer procedimento do estudo. Qualquer esclarecimento adicional que necessite poderá entrar em contato com Antonio Carlos de Lima, no endereço: Núcleo de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Av. Profº Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 2101-2611 ou pelo e-mail: antoniolimapsi@gmail.com

Caso suas dúvidas não sejam esclarecidas pelo pesquisador responsável ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IAM, mesmo endereço, telefone: 2101-2639

Eu, _____, inscrito(a) no CPF _____, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar como voluntário do estudo A VEZ E A VOZ DOS INDESEJÁVEIS: ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL NO ESTADO DE PERNAMBUCO . Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

Local e data: _____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE C - TÓPICOS-ROTEIRO DA ENTREVISTA

- Dados Pessoais.
- Tempo de atuação na área de Saúde Prisional.
- Principais atividades desenvolvidas.
- Dinâmica do relacionamento com a rede intrasetorial e intersetorial.
- Consensos e descensos.
- Entendimento sobre a PNAISP.
- Dificuldades, facilidades e principais parceiros para a realização das ações de implantação, implementação, monitoramento e avaliação da PNAISP no estado.
- Dificuldades, facilidades e principais parceiros para consolidação da PNAISP no âmbito local – estado e municípios – considerando as ações, especialmente quanto ao itinerário carcerário, isto é, outros equipamentos prisionais para além dos presídios e/ou penitenciárias do estado.
- Contribuições (sugestões) para a consolidação da PNAISP.
- Expectativas quanto à consolidação da PNAISP.