

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE-UFF.

CRISTIANO RODRIGUES DE FREITAS

EM BUSCA DO FORA:

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS
PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP)**

NITERÓI-RJ

2017

CRISTIANO RODRIGUES DE FREITAS

EM BUSCA DO FORA:

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS
PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP)**

Tese apresentada ao programa de pós-graduação de psicologia da Universidade Federal Fluminense – UFF como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutor em psicologia, na Área de subjetividade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a.: Silvia Tedesco.

NITERÓI-RJ

2017

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

Angela A. de Insfrán CRB7- 2318

- F862 Freitas, Cristiano Rodrigues de.
Em busca do fora : Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) / Cristiano Rodrigues de Freitas. – 2017.
303 f.
Orientadora: Silvia Helena Tedesco.
Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Psicologia, 2017.
Bibliografia: f. 252-259.
1. Política de saúde. 2. Instituição penal. 3. Justiça criminal. 4. Política pública 5. Sistema prisional I. Tedesco, Silvia Helena. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Psicologia. III. Título.

EM BUSCA DO FORA:

**CARTOGRAFIA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP)**

CRISTIANO RODRIGUES DE FREITAS

Tese apresentada ao programa de pós-graduação de psicologia da Universidade Federal Fluminense – UFF como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutor em psicologia.

Área de concentração: _____

Data de aprovação: ____/____/____

Prof^a. Dr^a. Sílvia Tedesco.

Universidade Federal Fluminense -UFF

BANCA EXAMINADORA.

Prof^a Dr^a Cristina Rauter.

Universidade Federal Fluminense – UFF.

Prof^a. Dr^a. Maria Lívia do Nascimento

Universidade Federal Fluminense -UFF

Prof^o. Dr^o. Martinho Braga Batista e Silva

Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ

Prof^o Dr^o Tadeu de Paula Souza

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

À professora Dorcélia Rodrigues de
Freitas, minha mãe, que me ensinou a
importância da educação.

Agradecimentos

Aos meus familiares pelo incentivo e respeito às minhas decisões tomadas ao longo de toda minha formação profissional.

Aos professores da psicologia da UFF que entre tantas coisas me ensinaram a importância de prestar atenção aos afetos alegres. Condição necessária para ser psicólogo. Particularmente, aos professores Sílvia Tedesco, Cristina Rauter, Maria Lívia Nascimento, Martinho Braga Batista e Silva e Tadeu de Paula que compõem a banca de defesa da tese.

Ao Ministério da Saúde-MS representado por Dário Pasche e Marden Marques, bem como os demais técnicos da coordenação de saúde prisional que me confiaram a tarefa de realizar a cartografia da PNAISP utilizada neste trabalho para pensar políticas públicas.

Aos meus amigos loucos e santos cujas pupilas de brilho questionador e inquietante não me deram outra escolha a não ser caminhar lado a lado nesse percurso. De alma lavada me deram ombro, colo e suas maiores alegrias quando me acolheram em suas residências fornecendo condições necessárias para a realização do presente trabalho. Desses meus amigos, nunca me esquecerei e só posso agradecer por estarem juntos a mim lado a lado nessa caminhada. (Inspirado no poema *Loucos e Santos* de Oscar Wilde).

A todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

É o amor da luta contra a solidão, exercida por corpos e mentes potentes, desobedientes e indomáveis, que constitui o social e a política ao mesmo tempo, e mantém juntos a fonte e o resultado, as instituições e o processo de sua instituição.

Giuseppe Cocco & Adriano Pilatti

Resumo

A tese se insere nos estudos da relação entre subjetividade e governo tendo como ponto de partida o paradoxo a respeito da faculdade humana de criar instituições, que ao mesmo tempo em que liberta o homem da natureza o constrange nos procedimentos institucionais. Para o desenvolvimento dos estudos é realizada uma cartografia sobre a individuação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) que possibilita abordar a relação paradoxal entre criação e constrangimento nas práticas institucionais. Para mergulhar na complexidade do paradoxo das práticas institucionais o trabalho aborda a relação entre forças instituintes, forças reformadoras e forças instituídas, já que o paradoxo poderia induzir a uma perspectiva dicotômica entre essas forças, de modo que colocasse de um lado a criação e do outro o constrangimento.

Para escapar dessa dicotomia o trabalho estabelece um diálogo com a Análise Institucional de René Lourau; os estudos sobre o poder constituinte de Antonio Negri e Baruch Espinosa; a perspectiva do processo de individuação de Gilbert Simondon e as formas de exercício de poder e governo de Michel Foucault. Desta forma, o trabalho traz para discussão a problemática da relação entre o conceito de instituinte e instituído, cujo embate de forças resulta no processo de institucionalização das instituições que compõem a sociedade, segundo a Análise Institucional.

A respeito dessa problemática o trabalho busca compreender o que se passa entre as forças instituintes e as forças instituídas. Lourau mostra que entre tais forças há uma articulação de complementariedade e ao mesmo tempo de luta, ou seja, uma relação antagônica e dialética entre as forças. Essa problemática no decorrer do estudo se mostra frutífera para compreender o paradoxo das práticas institucionais. Apoiado no pensamento de Antonio Negri a relação entre forças instituintes e forças instituídas ganha uma perspectiva distinta da Análise Institucional. O autor defende uma perspectiva antagônica não dialética da relação entre poder constituinte e poder constituído. Essa perspectiva, por sua vez, está

apoiada no pensamento de Espinoza para o qual a política é oriunda da multidão, a partir da qual as instituições extraem sua potência. A indicação espinozista possibilita avaliar de que maneira o coletivo participa da construção da política pública de saúde para o sistema prisional brasileiro.

Para compreender melhor o que se passa entre as forças instituintes, forças reformadoras e instituídas na construção da PNAISP o trabalho mostra a relação entre várias linhas de força que gira em torno dos temas dos Direitos Humanos, Sistema Único de Saúde-SUS, justiça criminal e movimento social, de modo que seja possível visualizar o que o filósofo Gilbert Simondon denomina processo de individuação. Por fim, o trabalho extrai elementos conceituais para pensar um sentido de política pública não como um atributo do poder constituído preconizado pelos saberes jurídicos, mas como uma atividade humana que se realiza coletivamente nas fronteiras das instituições.

Palavras-chave: instituição, saúde, prisão

Resumen

La tesis se insiere en los estudios de la relación entre subjetividad y gobierno utilizando como punto de partida la paradoja en relación a la facultad humana de crear instituciones, que al mismo tiempo en que liberta el hombre de la naturaleza, lo coage en los procedimientos institucionales. Para el desarrollo de los estudios es realizada una cartografía en relación a la determinación de la “Politica Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional” (PNAISP) que hace posible abordar la relación paradójica entre creación e coacción en las practicas institucionales. Para aprofundarse en la complejidad de la paradoja de las prácticas institucionales este trabajo aborda la relación entre fuerzas instituyentes, fuerzas reformadoras y fuerzas instituidas, ya que la paradoja podría inducir a una perspectiva dicotómica entre esas fuerzas colocando de um lado la creación y de otro la coacción.

Para escapar de esta dicotomia este trabajo establece un diálogo con el Análisis Institucional de René Lourau; los estudios sobre el poder constituyente de Antonio Negri e Baruch Espinoza; la perspectiva del proceso de individuación de Gilbert Simondon y las formas de ejercicio de poder y gobierno de Michel Foucault. De esta forma, el trabajo coloca en discusión la problemática de la relación entre el concepto de Instituyente e Instituido, cuyo embate de fuerzas culmina en el proceso de institucionalización de las instituciones que componen la sociedad, segun el Análisis Institucional.

En relación a esa problematica el trabajo busca comprender lo que aparece entre las fuerzas instituyentes y las fuerzas instituidas. Lourau muestra que entre tales fuerzas hay una articulación de complementariedad y al mismo tiempo de lucha, o sea, una relación antagónica y dialéctica entre las fuerzas. Esa problemática a lo largo del estudio se muestra fructífera para comprender la paradoja de las prácticas institucionales. Apoyado en el pensamiento de Antonio Negri la relación entre fuerzas instituyentes y fuerzas instituidas gana una perspectiva distinta del Análisis Institucional. El autor defiende una perspectiva antagónica no dialéctica de la relación entre poder constituyente y poder constituido. Esa perspectiva está apoyada en el pensamiento de Espinoza en el cual la política es oriunda de la multitud, a partir de la cual las instituciones extraen su potencia. La indicación

espinozista hace posible evaluar de que manera el colectivo participa de la construcción de la política pública de salud para el sistema prisional brasileño.

Para comprender mejor lo que pasa entre las fuerzas instituyentes, fuerzas reformadoras e instituidas en la construcción de la PNAISP el trabajo muestra la relación entre varias líneas de fuerza que giran en torno de los temas de los Derechos Humanos, Sistema Único de Salud – SUS, justicia criminal y movimiento social, de modo que sea posible visualizar lo que el filósofo Gilbert Simondon denomina proceso de individuación. Finalmente, el trabajo extrae elementos conceptuales para pensar un sentido de política pública no como un atributo del poder constituido preconizado por los saberes jurídicos, y si como una actividad humana que se realiza colectivamente en las fronteras de las instituciones.

Palabras clave: institución, salud, prisión

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO - Subjetividade e governo	14
CAPÍTULO 1 - A privação de liberdade no sistema prisional: direitos humanos e uma nova biopolítica no SUS	27
1.1 Os Direitos Universais no sistema prisional brasileiro	32
1.2 A vida como campo problemático	36
1.3 A vida ameaçada nas prisões brasileiras	38
1.4 A defesa do direito à saúde nas prisões brasileiras	42
1.5 Um direito ainda a ser conquistado	48
1.6 Considerações finais	50
CAPÍTULO 2 - Saúde no sistema prisional: cartografia de uma política pública em construção	52
2.1 Cartografia das tensões e tendências da gestão	56
2.2 Cartografia de um descompasso	59
2.3 Cartografando novos modos de formular política	64
2.4 Cartografia da construção da PNAISP	67
2.5 Cartografia da elaboração da PNAISP	70
2.6 Movimentos sociais que mobilizam a saúde no sistema prisional	74
2.7 Um ponto de chegada na cartografia da saúde prisional	78

CAPÍTULO 3 Relação entre forças instituintes e forças instituídas na construção de políticas públicas	83
3.1 Perspectiva dialética da relação instituinte/instituído	84
3.2 O conceito de instituição segundo sua universalidade	87
3.3 O conceito de instituição segundo sua particularidade	89
3.3.1 A inserção dos particulares em instâncias institucionais	89
3.3.2 Usuários e mantenedores das instâncias institucionais	91
3.3.3 Os agentes de transformação das instâncias institucionais	94
3.4 A perspectiva crítica na relação instituinte/instituído	98
3.5 O irremediável da crise	101
3.5.1 Relação transcendente	101
3.5.2 Relação imanente	103
3.5.3 Relação coextensiva	106
3.6 Relação antagônica não dialética	110
3.7 Relação revolucionária	116
3.8 Poder constituinte versus poder constituído	122
CAPÍTULO 4 Plano de coerência conceitual para pensar políticas públicas	128
4.1 Procedimento híbrido: genealogia e cartografia	134
4.1.1 Construção dos discursos normativos	142
4.1.2 Cartografia dos processos de individuação da PNAISP	144
4.1.3 Redirecionamento do processo cartográfico	146
4.1.4 Cartografia das convergências de narrativas	146

4.2 Experiências metodológicas da cartografia da PNAISP	148
CAPÍTULO 5 PNAISP: entre a saúde pública e a justiça criminal	154
5.1 A vida, o poder e suas tramas	156
5.1.1 Poder soberano	159
5.1.2 Poder Disciplinar	161
5.1.3 Biopoder	169
5.2 O território prisional: realidade metaestável da PNAISP	172
5.3 Governo da difícil relação entre saúde e justiça	178
CAPÍTULO 6: Teatro de individuação da política de saúde para o sistema prisional	188
6.1 Saúde e justiça: condição metaestável	189
6.1.1 AIDS: na esteira do Movimento Sanitarista Brasileiro	196
6.1.2 AIDS nas prisões	202
6.1.3 A lenta transformação do platô da justiça	205
6.2 PNAISP: cartografia da potência	211
6.3 O teatro das forças instituídas, reformadoras e instituintes	215
6.3.1 Fórum Permanente de Saúde no Sistema Penitenciário-FPSSP-RJ	217
6.3.2 - Movimento LGBT na prisão	219
6.3.3 – Movimento de Luta Antimanicomial	221
CONSIDERAÇÕES FINAIS achados da experiência cartográfica	229
Público é sinônimo de estatal?	230
Descentralização do Estado enquanto sujeito de política pública	232

O coletivo como sujeito de política pública	242
Implicação ética	249
Referências Bibliográficas	252
Apêndice	260

INTRODUÇÃO Subjetividade e governo

O homem não tem instintos, ele faz instituições.

Gilles Deleuze in Instintos e Instituições

A escolha de políticas públicas como objeto para o presente trabalho surge estrategicamente como uma maneira de abordar uma temática mais geral que denominei governo e que envolve a relação entre grupos, coletivos e instituições. Essa temática geral começou a ser esboçada no contexto de realização do mestrado, no qual realizei uma reflexão conceitual a partir do pensamento de Michel Foucault a respeito da perspectiva ética das práticas de cuidado e governo no contemporâneo. Tal temática foi levada como proposta à Universidade Federal Fluminense-UFF na forma de projeto de doutoramento.

Num primeiro momento o tema do governo seria trabalhado a partir de estudos relativos a grupos, de modo que pudesse abordar os movimentos sociais de grupos minoritários que são apresentados por Guattari e Rolnik (1996) para pensar os devires¹ da sociedade, isto é, os movimentos de transformação social promovidos pelos grupos minoritários que, ao lutarem por reconhecimento dos seus direitos e de suas identidades, mas também para produzir modos singulares de existências, colocam em curso processos de subjetivação.

Assim, uma das questões que me inquietava era: qual a melhor maneira de condução de um grupo, seja ele terapêutico, institucional, social, para que a experiência grupal não se constitua como submissão subjetiva, mas como prática de liberdade? Essas duas orientações possíveis das lutas das minorias acarretam experiências grupais contraditórias que podemos perceber quando Guattari (2004) distingue duas dimensões constitutivas de um grupo, quais sejam, uma face sujeitada e outra face sujeita que se expressam, respectivamente, quando o grupo, na sua constituição, toma como referência um modelo já existente na sociedade

¹Segundo Guattari e Rolnik o conceito de “devir” está relacionado à economia de desejo. “Os fluxos de desejo procedem por afetos e devires, independente do fato de que possam ser ou não calcados sobre pessoas, sobre imagens, sobre identificações”. (GUATTARI e ROLNIK, 1996, p. 318).

(uma lei exterior), ou funda-se na pretensão de se atribuir um modo próprio de existir (assunção de um princípio de conduta).

Uma vez ingressado no doutorado as inquietações relativas às práticas grupais de governo foram se adensando, na medida em que o tema permitia diversas entradas para ser abordado. Isso trazia dificuldades para delimitar o objeto de estudo, mas a intuição pré-elaborada no mestrado de que o governo ocorre no fio da navalha, ou seja, entre práticas de sujeição e práticas de libertação fazia com que os estudos se desenvolvessem com o respaldo de pensadores implicados com práticas libertárias de governo. Desta forma, a primeira entrada que introduziu o estudo sobre o tema do governo veio com o pensamento do filósofo Gilles Deleuze a respeito da construção das instituições.

Segundo o filósofo Deleuze, (2004) há dois procedimentos de satisfação das tendências e necessidades: os instintos e as instituições. Os instintos dizem respeito à reação natural do organismo a um estímulo exterior (meio ambiente) com a finalidade de retirar do mundo os elementos necessários para satisfazer determinada tendência ou necessidade, sendo que, cada ser vivo, conforme a ocasião em que se encontra, cria seu próprio modo de satisfação, isto é, cada ser vivo cria um modo específico de se organizar no mundo para, por exemplo, saciar a fome.

Ocorre que um dos modos de organização são as instituições, que são meios artificiais de satisfação criados entre a tendência e o estímulo exterior. Qualificamos de artificiais, porque são modos de organização que liberam o organismo da natureza, na medida em que submetem as tendências e necessidades a um meio novo criando um mundo singular.

Ressaltamos que para o filósofo as tendências e necessidades são vitais, porém não são sinônimos de instinto, já que o instinto é um modo de responder a tais tendências e necessidades, bem como as instituições. Sendo assim, podemos afirmar que a partir dos procedimentos (instinto e instituição) de satisfação das tendências e necessidades o vivo instaura um processo de criação de mundos e modos singulares de vida.

Entretanto, o filósofo aponta distinções no processo de engendramento de mundos referentes tanto ao procedimento do instinto quanto ao procedimento da instituição. Segundo Deleuze (2004), o instinto está relacionado à utilidade, na medida em que a tendência se satisfaz diretamente sem coerção, sem mediação ou, ainda, ela (a tendência) pode não se satisfazer em função de fatores fisiológicos internos que disparam um comportamento, por exemplo, de repugnância impedindo a satisfação da necessidade.

A título de exemplo, podemos demonstrar a criação do mundo específico dos carrapatos descrita por Deleuze:

o carrapato, atraído pela luz, ergue-se até a ponta de um galho; sensível ao odor de um mamífero, deixa-se cair quando passa um mamífero sob o galho; esconde-se sob sua pele, num lugar o menos peludo possível. Três afectos e é tudo; durante o resto do tempo o carrapato dorme, às vezes por anos, indiferente a tudo o que se passa na floresta imensa. Seu grau de potência está efetivamente compreendido entre dois limites, o limite ótimo de seu festim depois do qual ele morre, o limite péssimo de sua espera durante a qual ele jejua. (DELEUZE e GUATTARI, 1997, p. 36-37).

Podemos afirmar, nesse exemplo, que as percepções da luz, do odor e do calor são os afetos que guiam a experiência instintiva de satisfação, por meio da qual carrapato e meio entram em relação e passam a existir criando dessa forma o mundo do carrapato.

Diferentemente do procedimento do instinto, segundo Deleuze (2004), a instituição não se explica pelas tendências numa relação de utilidade, uma vez que as coagem desdobrando-as num meio institucional, no qual são transformadas em comportamentos que podemos assim dizer, institucionalizados. Por exemplo,

é verdade que o dinheiro livra da fome, com a condição de se tê-lo, e que o casamento poupa do trabalho de se procurar um parceiro, mas traz consigo outras obrigações. Isto quer dizer que toda experiência individual supõe, como um a priori, a preexistência de um meio, no qual a experiência é levada a cabo, meio específico ou meio institucional. (DELEUZE, 2004, p. 17).

Nesse sentido, o dinheiro para matar a fome, o casamento para saciar o apetite sexual, são meios artificiais que desnaturalizam as tendências, uma vez que não é necessário, rigorosamente, ter dinheiro para matar a fome nem estar casado para satisfazer-se sexualmente. Conseqüentemente, a instituição satisfaz indiretamente às tendências e essa satisfação pode se tornar um hábito ou um costume que acaba naturalizando o caráter de necessidade da instituição.

Nesse procedimento, o filósofo ressalta um paradoxo do processo de satisfação via instituições, pois ao mesmo tempo em que satisfazem as tendências também as constroem, isto é, satisfazem constroendo. As instituições são criadas por meio de coerções e constrangimentos, cuja utilidade é “integrar as circunstâncias em um sistema de antecipação, e integrar os fatores internos em um sistema que regula sua aparição, substituindo a espécie” (DELEUZE, 2004, p. 19).

Além disso, não há nenhuma utilidade natural propriamente dita das instituições. Nesse procedimento de satisfação instituem-se normas de funcionamento padronizadas que se impõem ao nosso corpo, de modo que possamos adquirir um saber que nos permita projetar modos organizados de satisfação. É nesse sentido que Deleuze afirma que “o homem não tem instintos, ele faz instituições” (DELEUZE, 2004, p. 19).

Portanto, podemos dizer que a distinção entre instinto e instituição está no procedimento, sendo que no primeiro procedimento trata-se de um extrativismo, já que há extração de elementos do meio para satisfação do instinto, enquanto que no segundo há uma elaboração de um meio institucional de satisfação, isto é, um construtivismo da instituição ou um artificialismo institucional.

Cabe nesse momento, apresentar uma questão que diz respeito a uma possível objeção que se poderia colocar a propósito da relação entre tendência e instituição. Assim, diz Deleuze:

pode-se objetar, apontando o exemplo de instituições, como o Estado, às quais nenhuma tendência corresponde. Mas é claro que tais instituições são secundárias, que elas já supõem comportamentos institucionalizados, que elas invocam uma utilidade derivada propriamente social, a qual, em última instância, encontra o princípio do qual deriva na relação do social com as tendências. (DELEUZE, 2004, p. 17).

Dessa objeção, podemos dizer que existem instituições primárias, que são aquelas que estão indiretamente relacionadas à tendência e que ao se institucionalizarem codificam comportamentos. Também podemos dizer que existem instituições secundárias, que não se referem a nenhuma tendência, pois se institucionalizam por meio da sobrecodificação² dos comportamentos já institucionalizados nas instituições primárias. Desta forma, podemos afirmar que Deleuze deixa indicado que o espaço social é codificado nas instituições primárias e sobrecodificado por instituições secundárias como é o caso do Estado.

A partir dessa breve reflexão realizada por Deleuze sobre as instituições foi possível colocar algumas indagações: ora, se a instituição não se explica pela tendência, já que a tendência é satisfeita indiretamente, como havíamos dito acima, e a instituição Estado não corresponde à tendência nenhuma, pois é secundária, uma vez que é constituída por normas já institucionalizadas, então, na emergência das instituições como se constituem as normas institucionais que compõem a sociedade? Qual o lugar das políticas públicas no procedimento de satisfação das tendências e necessidades via instituição?

No que pese a discussão da diferença entre instituições primárias e secundárias o que importa da reflexão deleuziana é a afirmação de que o homem faz instituições e que essa prática paradoxalmente o liberta da natureza, mas o constrange num meio institucional. Essa afirmação é de suma importância, pois remete às práticas de governo a partir das quais os homens criam instituições e, conseqüentemente, de políticas públicas que são objetos do presente estudo.

As reflexões de Gilles Deleuze lapidaram a intuição inicial de que o governo dos homens ocorre entre práticas de sujeição e de liberação em função do funcionamento paradoxal das instituições. Na medida em que o filósofo defendeu a ideia de que as instituições são resultados de um construtivismo, que ocorre a partir de tendências e necessidades, ele possibilitou que o tema do governo fosse abordado na forma de construção de política pública.

² “A sobrecodificação é precisamente a operação que constitui a essência do Estado, que mede ao mesmo tempo sua continuidade e sua ruptura com as antigas formações: o horror dos fluxos do desejo que não seriam codificados, mas também a instauração de uma nova inscrição que sobrecodifica e que faz do desejo a coisa do soberano, ainda que como instinto de morte”. (DELEUZE e GUATTARI, 2010, p. 264-265.)

Essa primeira entrada circunscreveu os temas coletivos, grupos e instituições, de modo que uma das ideias iniciais para abordar esses temas seria construir uma cartografia das manifestações políticas que eclodiram no Brasil em 2013. Entretanto, nesse ano recebi um convite para realização de um trabalho cartográfico sobre a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tal como a pesquisa da PNAISP, que se refere à Coordenação Geral da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Penitenciário, concomitantemente e transversalmente, foram desenvolvidas pesquisas cartográficas de mesmo cunho para as seguintes áreas do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES/SAS/MS) : Coordenação Geral da Saúde da Mulher, Coordenação Geral da Saúde da Criança, Coordenação Geral da Saúde da Pessoa com Deficiência. Esse conjunto de pesquisas compôs o projeto Cartografia-Memória das Políticas e Redes Estratégicas do DAPES no SUS (BRASIL, 2016).

A demanda à qual se refere esse projeto, que envolve as quatro áreas, diz respeito à gestão do DAPES que desejava “a ampliação da transversalidade³ entre as áreas, reafirmando o sentido inovador e utópico contido em cada uma de suas políticas. Inovar para reafirmar, para manter; mas também para mudar” (BRASIL, 2016, p. 6). O objetivo do Ministério da Saúde foi tornar público o processo de trabalho de construção de políticas públicas, a fim de estabelecer uma melhor comunicação com a população. Para tanto, se encomendou a produção de um material escrito (livro) e audiovisual, de modo que pudesse ser mostrado para a população o processo de construção das políticas do DAPES incluindo a PNAISP.

Ao aceitar o convite para fazer cartografia sobre saúde prisional fui me distanciando do interesse inicial de realizar uma cartografia das manifestações de 2013, embora estivesse ainda muito implicado com a situação política do país. A encomenda da cartografia tinha uma demanda, já que a minha entrada nesse

³ Para Félix Guattari a transversalidade deve ser pensada em oposição a uma verticalidade e a uma horizontalidade. Para este autor, “a transversalidade é uma dimensão que pretende superar os dois impasses, o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade; ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e sobretudo nos diferentes sentidos” (GUATTARI, 1985, p. 96).

trabalho era para cobrir um pesquisador que não pôde mais realizar a cartografia que teve início no final de 2012, ano em que o Ministério da Saúde implementou pesquisas cartográficas nas áreas da saúde da mulher, criança, deficiente e prisional. Assim, eu entrei, em junho de 2013, com seis meses de atraso para realizar tal trabalho e compor o grupo de pesquisadores que realizaram as cartografias para o Ministério da Saúde.

Esse convite se mostrou oportuno para pensar o tema do governo e de política pública, já que eu poderia acompanhar a construção de uma política pública no âmbito do Estado. Assim, a cartografia teve como foco principal a construção da política pública de saúde para o sistema prisional. A pesquisa se debruçou sobre o trabalho realizado no Ministério da Saúde para formular, aprovar e propor para os estados e municípios uma política de saúde para as pessoas privadas de liberdade pactuada no SUS, bem como a contextualização do modo como ocorrem, atualmente, as práticas de saúde no sistema prisional.

O meu ingresso neste trabalho foi tenso, pois se tratava de um terreno movediço. É importante ressaltar que a pesquisa trata de um tema delicado, uma vez que as pessoas privadas de liberdade formam o segmento da população historicamente marginalizado dos seus direitos e que ainda não foi contemplado plenamente no SUS. A condição de marginalizado por si só representava um fator de resistência nas esferas de governo para a aprovação da PNAISP. Apesar de se tratar de um plano movediço, a pesquisa foi desafiante, pois foi a oportunidade de experimentar pela primeira vez o método cartográfico e adentrar no governo federal para conhecer como se formula uma política de âmbito nacional.

A pesquisa proporcionou bons encontros seja com o grupo de pesquisadores seja com as áreas técnicas do Ministério da Saúde e da Justiça. Assim, pude participar de diversas reuniões com os pesquisadores e conhecer como cada um realizava a cartografia relativa aos seus temas específicos. Foram várias reuniões que ocorreram no Rio de Janeiro-RJ, Campinas-SP, Brasília-DF, Porto Alegre-RS. A partir da coordenação nacional de saúde do sistema prisional participei de diversas reuniões em setores do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça, que estavam envolvidos diretamente na construção da PNAISP, bem como visitei presídios em

Porto Alegre no Rio Grande do Sul, de modo que pudesse cartografar as práticas de saúde em parte do sistema prisional daquele estado.

O campo de pesquisa era vasto e tinha o inconveniente temporal, pois eu dependia da disponibilidade dos atores para entrevistá-los, assim como tinha que aguardar acontecer as principais reuniões e eventos em que a PNAISP seria avaliada, por exemplo, no Conselho Nacional de Saúde (CNS), Comissão Intergestora Tripartite (CIT), bem como seminários com gestores estaduais e municipais, nos quais os participantes faziam propostas para serem incluídas no texto da portaria da PNAISP.

Diante deste contexto problemático, as dificuldades foram se tornando cada vez maiores, pois além de estar num terreno movediço que me exigia um cuidado especial na abordagem dos atores envolvidos na construção da PNAISP, tinha que tirar a diferença de seis meses de defasagem em relação aos outros pesquisadores, pois havia prazos para cumprir. Isso me demandou agilidade na aproximação do campo de pesquisa, que iniciou em junho de 2013, para que, assim, pudesse ser feita a colheita dos conteúdos relativos à história da saúde no sistema prisional necessários para cartografia da PNAISP.

É importante ressaltar que os conteúdos da cartografia não estavam circunscritos ao ano de 2013, já que a saúde para o sistema prisional foi promulgada com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) em 2003, cujo processo de institucionalização se desdobrou até janeiro de 2014, quando foi promulgada a PNAISP. Sendo assim, era um longo percurso com muitos percalços a serem pesquisados e que por si só expressava a dificuldade de se construir uma política pública de saúde para as pessoas privadas de liberdade no âmbito do Estado brasileiro. Assim, tal pesquisa se tornou a segunda entrada no tema objeto de estudo do doutorado.

A partir desse momento a PNAISP se confirmou como território para o doutoramento e o paradoxo das práticas institucionais, as quais libertam os homens e ao mesmo tempo os coagem tornou-se o problema a partir do qual se desdobraram os estudos do doutorado. Sendo assim, foi necessário reunir os pensadores que pudessem contribuir para abordar esse paradoxo na experiência

cartográfica da PNAISP. Desta forma, lancei mão da análise das dinâmicas institucionais que envolvem essa política, por meio de um diálogo com a Análise Institucional de René Lourau, o poder constituinte de Antonio Negri, a potência de Baruch Espinoza, a governamentalidade de Michel Foucault e a individuação de Gilbert Simondon.

Da Análise Institucional nos interessou, principalmente, a relação entre o conceito de instituinte e instituído, cujo embate de forças resulta no processo de institucionalização das instituições que compõem a sociedade. A respeito desses conceitos busquei compreender o que se passava entre as forças instituintes e as forças instituídas. Lourau mostra que entre tais forças há uma articulação de complementariedade e ao mesmo tempo de luta. Assim, para a Análise Institucional a relação entre essas forças se mostra antagônica e dialética.

Essa problemática da relação entre as forças instituintes e instituídas se mostrou frutífera para compreender o paradoxo das práticas institucionais. Ora, se a relação comporta complementariedade e luta ao mesmo tempo, por que dar ênfase num antagonismo dialético entre tais forças? Apesar de se tratar de um “combate”, isto significa que seja, necessariamente, entre adversários que se encontram em posições opostas, que se bloqueiam? Tais questões complexificaram a análise da cartografia da PNAISP.

Apoiando-me no pensamento de Antonio Negri a relação entre forças instituintes e forças instituídas ganhou uma perspectiva distinta da Análise Institucional. O autor defendeu uma perspectiva antagônica não dialética da relação entre poder constituinte e poder constituído, que pode ser traduzida em termos de relação de forças instituintes e forças instituídas. Essa perspectiva, por sua vez, estava apoiada no pensamento de Espinosa (2009), para qual a política é oriunda da multidão, a partir da qual as instituições extraem sua potência. A indicação espinozista de que a política é oriunda da multidão possibilitou avaliar de que maneira o coletivo participa da construção dessa política pública que é a PNAISP.

Para compreender melhor o que se passa entre as forças instituintes e instituídas na construção da PNAISP mostramos a relação entre várias linhas de força que gira em torno dos temas dos Direitos Humanos, Sistema Único de Saúde-

SUS, justiça criminal e movimento social, de modo que pudéssemos visualizar o que o filósofo Gilbert Simondon denomina processo de individuação. Simondon (1989) é o filósofo que pensa os processos de individuação nos domínios da matéria, vida, espírito e da sociedade, assim, seu pensamento contribuiu para abordar a atividade humana de construção de políticas públicas e instituições.

A aproximação do pensamento de Simondon evitou um entendimento dicotômico das forças instituintes e instituídas e possibilitou alcançar a complexidade do encontro dessas duas forças que ocorre por meio de uma diferença de potencial, ou seja, por desestabilização. Ora, se atribuirmos às forças instituintes um caráter instável e às forças instituídas um caráter estável, com a aliança feita com Simondon foi possível pensar um equilíbrio metaestável da relação entre essas forças, isto é, um equilíbrio dinâmico que sustenta o processo de individuação da política de saúde para o sistema prisional.

Nosso objetivo nesse diálogo com René Lourau, Negri, Espinoza e Simondon foi esmiuçar o que se passa entre as forças instituintes e instituídas, de modo que pudéssemos desdobrar o processo de individuação da PNAISP, que se desenvolve a partir do atravessamento do platô da saúde e do platô da justiça, que compõem a dupla face dessa política e se materializa em dispositivos concretos que são os estabelecimentos prisionais. Essa foi a terceira entrada no tema de estudo proposto para o doutorado que pavimentou teoricamente a abordagem da sobreposição do platô da saúde e do platô justiça.

Desta forma, tal sobreposição pode ser trabalhada a partir do pensamento de Michel Foucault (2005), principalmente, sobre as formas de governo no contemporâneo, cuja principal característica é o biopoder, isto é, um tipo de poder que se exerce sobre os corpos dos indivíduos, por meio de dispositivos disciplinares, que têm como função vigiar, treinar e punir de modo a torná-los úteis e dóceis, ao mesmo tempo em que gerencia a multiplicidade dos homens, através de dispositivos de segurança que intervêm em processos relativos ao nascimento, à morte, à doença e possibilitam o controle da vida da população. Em suma, um poder que para manter a ordem instituída faz viver aqueles que são úteis e deixa morrer aqueles que não o são.

Como este trabalho tratou do processo de individuação de uma política pública, por meio de um embate de forças instituintes e instituídas, a filosofia de Espinoza serviu para indicar elementos para pensar o grau de potência da construção da PNAISP, ou seja, o que nela pode ser favorecimento ou constrangimento da vida. Ora, se o processo de individuação da PNAISP ocorreu por meio de uma composição de forças foi necessário pensar essa composição na perspectiva da ética de Espinoza que se traduz por meio de bons ou maus encontros capazes de aumentar ou diminuir a potência de ação a partir da qual as coisas perseveram no ser.

Se por um lado o pensamento de Gilles Deleuze nos serviu como ponto de partida para abordarmos o processo de construção de políticas públicas entendendo-as como sendo os processos através dos quais o homem organiza o meio para satisfazer tendências, necessidades e fundar instituições, por outro lado, o pensamento de Spinoza permitiu dar consistência à reflexão iniciada por Deleuze nesse pequeno texto *Instintos e Instituições*. Baseando-me no pensamento de Spinoza afirmei que a potência de uma política pública está relacionada ao maior ou menor grau de participação do coletivo na sua construção e sustentação.

Desta forma, destaquei como participação da sociedade civil na construção da PNAISP a consulta pública, realiza pelo Ministério da Saúde para a formulação do texto da política; incluí, também, o movimento de Reforma Sanitarista Brasileiro (RSB), a partir do qual foi construído o SUS, bem como a luta pelos Direitos Humanos. Dos movimentos de minorias mostrei a luta do movimento LGBT, que forneceu subsídios para construção de normas de tratamento específico para a população LGBT vivendo nas prisões, assim como o Movimento de Luta Antimanicomial, que propôs a desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei que vivem em manicômios judiciários.

Sendo assim, o objetivo do estudo proposto foi compreender o paradoxo das práticas de governo, por meio do processo de individuação da política de saúde para o sistema prisional que culminou na PNAISP e que se encontra em curso, pois no que pese sua publicação no Diário Oficial da União, a sua efetivação não está garantida. Embora o PNSSP tenha iniciado o processo de se levar o SUS para o sistema prisional ao longo de aproximadamente 10 anos, a formalização textual da

PNAISP não esgota esse processo de individuação, que dependerá de todos os embates a partir dos quais essa política poderá se efetivar parcialmente, integralmente ou simplesmente não se efetivar no sistema prisional.

Para tanto, no presente trabalho temos como objetivo apontar elementos para a análise de políticas públicas, que não seja apenas por meio de dados estatísticos na forma de relatórios institucionais de balanço e prestação de contas, porém através da compreensão das interferências das forças na construção de políticas públicas. Utilizaremos para atingir tal finalidade a cartografia da política de saúde para o sistema prisional brasileiro que engloba tanto o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) quanto a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Acreditamos que tal cartografia contribui na articulação do assunto geral do presente estudo que gira em torno dos temas: grupos, coletivos e instituições.

De início, para o desenvolvimento do nosso estudo mostraremos no primeiro e no segundo capítulos, respectivamente, os textos da pesquisa cartográfica publicados no livro *Redes Estratégicas do SUS e Biopolítica: cartografias da gestão de políticas públicas* que pertence ao Ministério da Saúde-MS. O primeiro texto, *A privação de liberdade no sistema prisional: direitos humanos e uma nova biopolítica no SUS*, tratou da cartografia do PNSSP e trouxe um panorama do direito das pessoas privadas de liberdade à saúde, bem como a dificuldade do Estado brasileiro de garantir esse direito. O segundo texto, *Saúde no sistema prisional: cartografia de uma política pública em construção* acompanhou a formulação e promulgação da PNAISP e mostrou o esforço de se construir uma política pública de saúde para o sistema prisional brasileiro.

A partir dos textos cartográficos apresentados no primeiro e segundo capítulos, principalmente, em função do modo como as instâncias de governo se relacionaram com a sociedade civil e movimentos sociais para construir a política de saúde para o sistema prisional, mostraremos no terceiro capítulo a problematização da relação entre forças instituintes e forças constituídas; entre poder constituinte e poder constituído; entre poder, potência e multidão. Este terceiro capítulo tem como função fundamentar teoricamente a noção de política pública.

Em seguida mostraremos no quarto capítulo um campo de coerência conceitual a partir do qual articularemos a fundamentação teórica do capítulo anterior com os procedimentos genealógicos e cartográficos propostos como alternativas às metodologias clássicas de pesquisa. O objetivo no quarto capítulo é problematizar metodologias de pesquisa, de modo a localizar os procedimentos utilizados na pesquisa sobre a política de saúde para o sistema prisional brasileiro.

No quinto capítulo trataremos das formas de governamentalidade moderna, principalmente, dos modos de governo relativos ao Biopoder. Neste capítulo mostraremos como a vida da população privada de liberdade entra nas tramas do poder, bem como caracterizaremos o território prisional e o dispositivo prisão que o concerne. O pano de fundo do capítulo é a difícil relação entre a lógica da saúde e a lógica da justiça a partir da qual emergiu a política de saúde para o sistema prisional.

Por fim, no sexto capítulo, mostraremos o teatro de individuação da política de saúde para o sistema prisional, isto é, o domínio de realidade no qual entra em cena o plano coletivo das forças que engendraram tanto o PNSSP quanto a PNAISP. Trata-se de uma interpretação possível das relações entre forças instituintes, forças reformadoras e forças instituídas. Mais precisamente mostraremos o papel de cada movimento social envolvido em tal teatro de individuação.

CAPÍTULO 1 A privação de liberdade no sistema prisional: direitos humanos e uma nova biopolítica no SUS.

Cristiano Rodrigues de Freitas

Tadeu de Paula Souza

O homem, durante milênios, permaneceu o que era para Aristóteles: um animal vivo e, além disso, capaz de existência política; o homem moderno é um animal, em cuja política, sua vida de ser vivo está em questão.

Michel Foucault

Um importante pensador⁴, François Jullien, (2009) propõe abordar os Direitos Universais a partir de noções como singularidade e diferença. Menos importante do que seu conteúdo, o autor aponta para a potência dos Direitos Universais como conceito, numa função de radicalidade de defesa da vida. A função de radicalidade proposta pelo pensador reside no fato da defesa dos Direitos Universais se apoderarem do humano não como indivíduo, mas do humano como limiar da existência, ou seja, pelo simples fato de estar vivo. Assim, ele se refere ao conceito de Direitos Universais:

[...] o que entendo por sua capacidade de radicalidade – ou despojamento – conceitual é que ele se apodera do homem no estágio mais elementar, no limiar da existência, considerando o homem sob esta última condição, a montante de todas as demais, que vale então como incondicionado: apenas na medida em que é nascido. Ora, sob esse ângulo não é tanto o indivíduo que é visado (como construção ideológica acerca do qual poderemos mostrar o que se preserva de arbitrariedade), mas simplesmente o fato de que o homem está envolvido – “do homem” não sendo tanto aqui um genitivo possessivo (no sentido de que: pertence ao homem), mas partitivo: a partir do momento em que o homem está em pauta, surge, um a priori, imprescritível. (JULLIEN, 2009, p. 148)

⁴François Jullien é filósofo e sinólogo, professor na Universidade Paris-Diderot. É autor de *De l'universel, de l'uniforme, du commun e du dialogue entre les cultures* [Do universal, do uniforme, do comum e do diálogo entre as culturas], Paris, Fayard, 2008.

O homem aqui em questão não se refere a um modelo ideal ou a uma natureza humana, mas se refere ao homem como limiar da existência, como ponto de conexão com a vida. Trata-se de uma inflexão em que a defesa dos Direitos Humanos se tornam uma ferramenta pelo direito à vida.

É a partir dessa concepção de Direitos Humanos que desenvolveremos este trabalho, que trata da construção do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) formulado pelo Ministério da saúde (MS) em 2003. Para tanto, a fim de compreender a emergência dessa política, recorreremos aos marcos históricos que abordam, direta ou indiretamente, o tema dos Direitos Humanos e que nos servirão como linhas de força que compõem um campo problemático⁵, no qual essa política é tecida.

O conceito de emergência (Entstehung) compõe junto com o conceito de proveniência (Herkunft) o método genealógico formulado pelo filósofo Michel Foucault e designa o ponto de surgimento, o princípio, e a lei singular de um aparecimento. “A emergência se produz sempre em um determinado estado das forças [...]. A emergência é, portanto, a entrada em cena das forças; é sua interrupção, o salto pelo qual elas passam dos bastidores para o teatro, cada uma com seu vigor e sua própria juventude” (FOUCAULT, 1995, p. 23).

O primeiro marco histórico relevante para a construção do campo problemático, no qual coemerge o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e a Área Técnica da Saúde no Sistema Penitenciário (ATSSP), responsável pela sua formulação, é a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), proclamada pelas Nações Unidas em 1948, cujo contexto geopolítico era a Guerra Fria, que se instaurou com o término da segunda Guerra Mundial e ficou conhecida historicamente como o conflito entre os Estados Unidos e a União Soviética, que disputavam a hegemonia econômica e política por meio de um conflito militar iminente no mundo.

A DUDH é um documento que representa o esforço dos povos e nações na defesa da vida, valorizada como um bem comum a todos os indivíduos e que, no período de Guerra Fria, encontrava-se ameaçada. Sendo um marco histórico

⁵ Sobre a ideia de campo problemático ver em metodologia capítulo 4.

recente, com menos de um século de existência, a DUDH cumpriu um papel significativo na história da humanidade, na medida em que estabeleceu princípios que fundamentam as lutas políticas pela liberdade nas sociedades democráticas contemporâneas.

Embora não seja uma lei, a DUDH estabeleceu parâmetros para Constituições de diversos países, inclusive a brasileira. O Brasil, ao assinar a Declaração, na mesma data de sua proclamação, concordou com seus princípios. Entre estes princípios ressaltamos aqueles de maior importância para o trabalho aqui proposto:

[...] Art. 3º Toda pessoa tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

[...]

[...] Art. 5º Ninguém será submetido à tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante.

[...]

[...] Art. 9º Ninguém será arbitrariamente preso, detido ou exilado. (FRANÇA, 1948, p. 5-7)

Em consonância com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), em 1955, no Primeiro Congresso das Nações Unidas sobre a Prevenção do Crime e o Tratamento dos Reclusos, realizado em Genebra, foram estabelecidas as regras mínimas para o tratamento dos reclusos. De modo geral, as regras sugeridas no documento versam sobre: o momento de detenção da pessoa, que deve ser realizado respeitando a legalidade vigente e a integridade do recluso; o tratamento que a pessoa deverá receber enquanto estiver reclusa, de modo que se possa garantir ao detido (a) as condições mínimas e necessárias para manter sua dignidade de ser humano; o processo de libertação, que deve ser feito durante todo o período de reclusão até a soltura da pessoa, a fim de que ela consiga retornar à sociedade em condições de desfrutar novamente de sua liberdade. (BRASIL, 2009a).

Ressaltamos também, além da DUDH e das regras mínimas, mais dois marcos históricos para compor o campo problemático desse trabalho: o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos de 1966 e a Convenção Americana dos Direitos Humanos de 1969. O Estado brasileiro concordou integralmente com o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, que garante a “toda pessoa que foi privada de sua liberdade um tratamento com humanidade e respeito à sua dignidade”, conforme art. 10º (BRASIL, 1992a). Com o decreto nº 678 (BRASIL, 1992b), o Estado brasileiro ratificou a Convenção Americana dos Direitos Humanos que prescreve em seu art. 5º:

1. Toda pessoa tem direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral.
2. Ninguém deve ser submetido a torturas, nem a penas ou tratos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda pessoa privada de liberdade deve ser tratada com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano.
3. A pena não pode passar da pessoa do delinquente.
4. Os processados devem ficar separados dos condenados, salvo em circunstâncias excepcionais, e devem ser submetidos a tratamento adequado à sua condição de pessoas não condenadas.
5. Os menores, quando puderem ser processados, devem ser separados dos adultos e conduzidos a tribunal especializado, com a maior rapidez possível, para seu tratamento.
6. As penas privativas de liberdade devem ter por finalidade essencial a reforma e a readaptação social dos condenados. (SAN JOSÉ, 1969, p. 3)

A preocupação com a vida individual e coletiva expressa nos marcos citados acima está reforçada e afirmada em mais dois marcos históricos: Declaração de Amsterdã para deter a Tuberculose (2000) e Declaração de compromisso sobre HIV/AIDS das Nações Unidas: Uma ação mundial para superar uma crise global (BRASIL, 2001a).

A conferência que contou com a participação do Brasil, realizada em Amsterdã, reuniu os 20 países que abrigam 80% da carga mundial de tuberculose. Nessa conferência foi destacado que (TEIXEIRA, 2001, p. 2) a doença continua sendo uma alarmante causa de sofrimento e morte de homens e mulheres em seus

anos mais produtivos, principalmente os mais pobres e marginalizados. Nesse encontro, concluiu-se que o tratamento da tuberculose é parte integrante da atenção primária à saúde, porém reconheceram que a tuberculose constitui um problema sócio econômico que não se resolve só com a ação do setor saúde. Diante desse grave problema social os países que participaram do evento se comprometeram:

a acelerar o combate à tuberculose mediante a ampliação da cobertura, a disponibilidade de recursos humanos e financeiros, a garantia da oferta dos medicamentos, o envolvimento de todos os segmentos da sociedade e a elaboração e execução de um acordo mundial para deter a doença. (TEIXEIRA, 2001, p. 2)

No que diz respeito à epidemia de HIV/AIDS, chefes e representantes de Estados e Governos se reuniram, em 2001, numa sessão especial das Nações Unidas, em caráter emergencial, para examinar o problema, de modo que se pudesse estabelecer compromisso global no sentido de enfrentar a epidemia nos níveis nacional, regional e internacional. O Estado brasileiro, como membro das Nações Unidas, se comprometeu a combater a epidemia de HIV/AIDS e assumiu para 2003

estabelecer e implementar estratégias e planos de financiamento nacionais e multi-setoriais, para o combate ao HIV/AIDS, que se refiram à epidemia em termos diretos; se oponham ao estigma, ao silêncio e à não-aceitação da realidade; levem em conta as dimensões de gênero e idade da epidemia; eliminem a discriminação e a marginalização. (BRASIL, 2001a, p. 4).

O tema da epidemia de HIV/AIDS e da tuberculose tratados nestes dois marcos, como veremos mais adiante, serviram para problematizar a saúde no sistema prisional brasileiro, influenciando na formulação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)⁶ e na institucionalização da Área Técnica da Saúde no Sistema Penitenciário (ATSSP) do Ministério da Saúde, e pautar a

⁶ O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) foi a primeira estratégia governamental para incluir as pessoas privadas de liberdade no SUS. Mostraremos mais adiante a formulação do PNSSP.

necessidade de criar estratégias de incluir as pessoas privadas de liberdade no Sistema Único de Saúde (SUS).

1.1 Os Direitos Universais no sistema prisional brasileiro

Direitos Humanos são os direitos fundamentais de todas as pessoas, sejam elas mulheres, negros, homossexuais, índios, idosos, pessoas portadoras de deficiências, populações de fronteiras, estrangeiros e emigrantes, refugiados, portadores de HIV positivo, crianças e adolescentes, policiais, presos, despossuídos e os que têm acesso à riqueza. Todos, enquanto pessoas, devem ser respeitados e sua integridade física protegida e assegurada. (BRASIL, 2010a, p. 233)

Uma vez apresentados os primeiros elementos que constituem o campo problemático que contextualiza o tema dos Direitos Humanos nas sociedades contemporâneas, vejamos, agora, como o Estado brasileiro participa e constrói a partir desse tema políticas de saúde para sua população e, em particular, para as pessoas privadas de liberdade.

Quando se trata da vida da população brasileira, o marco histórico nacional de grande relevância, que compõe o campo problemático, é a Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988, representa em termos legais a abertura política no país que viveu desde 1964 até 1985 em regime de exceção, submetido à ditadura militar, na qual as garantias de direitos individuais e coletivos eram restritos ou até mesmo violados como, por exemplo, o direito à liberdade de expressão, manifestação e ao voto.

A promulgação da Constituição criou para o Estado brasileiro as condições de possibilidades para avançar na ampliação dos direitos à cidadania, na medida em que instituiu na letra da Lei medidas institucionais que orientam a governabilidade nos níveis federal, estadual e municipal no sentido da construção da cultura dos Direitos Humanos no país.

Influenciada pelos princípios da DUDH, conforme mencionamos acima, a Constituição Brasileira comparada com as Constituições anteriores é, pelo menos

em tese, a que mais se afina com os Direitos Humanos. Estes ganham destaque no texto constitucional no artigo 5º em que prescreve: “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (BRASIL, 1988, p. 5).

Na Constituição de 1988, o direito à vida se estende às pessoas privadas de liberdade conforme o inciso XLIX do art. 5º (BRASIL, 1988), que assegura o respeito à integridade moral e física às pessoas privada de liberdade, isto é, o direito de ser resguardado tanto biologicamente quanto subjetivamente na sua condição singular de ser humano, de modo que não seja submetido a tratamento degradante e desumano.

No que diz respeito à saúde, a Constituição a reconhece como um direito fundamental de todos os brasileiros e dever do Estado. O direito à saúde no Brasil é resultado da mobilização política da sociedade, principalmente, do movimento sanitarista brasileiro que, nos anos de 1980, lutou pela reestruturação do nosso sistema de saúde. A nova Constituição brasileira incorporou grande parte das propostas desse movimento, a partir das quais foi elaborada a organização da saúde segundo os princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade.

No texto constitucional, artigo 196º, o direito à saúde está regulamentado da seguinte maneira:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p. 41).

Nesse contexto político, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). O atendimento de saúde no Brasil está organizado por meio da Lei Orgânica da Saúde (LOS), n.º 8.080 de 1990 que operacionaliza o SUS e institui a participação e o controle social da saúde (BRASIL, 1990).

Quando se trata da saúde das pessoas privadas de liberdade nas prisões, a Lei Federal nº 7.210/84 – Lei de Execução Penal (LEP) – se destaca, na medida em que traz em seu texto o tema da assistência à saúde. Na LEP, está reconhecido no artigo 14º (BRASIL, 1984) o direito do preso à assistência à saúde. Entretanto, devemos observar as limitações desse direito, visto que a assistência à saúde prescrita na LEP compreende apenas atendimento médico, farmacêutico e odontológico, ou seja, muito aquém de uma assistência à saúde integral, que vai além dos aspectos biológico da vida dos sujeitos. Além disso, esse direito prescrito na LEP, ainda que limitado, na prática não se efetivou plenamente no sistema prisional brasileiro.

Vale ressaltar que a LEP é anterior à Constituição, ou seja, é do período da ditadura militar e vigora até os dias atuais reforçando um descompasso entre duas lógicas, a da justiça, conforme prescrita na LEP e a da saúde formulada na Constituição brasileira. A primeira, nos dias atuais, se efetua por meio de sanções penais mais rígidas e pela banalização na utilização da pena de prisão provocando um grande encarceramento. A segunda, desde a promulgação da Constituição de 1988, busca cuidar da saúde da população de modo mais integral tomando a defesa dos Direitos Humanos como referência. Aproximar o campo da justiça e o campo da saúde implica, ainda hoje, um desafiante exercício de por em relação as diferentes lógicas, objetivos institucionais, normas e visões sobre as pessoas privadas de liberdade no sentido de reconhecê-las como sujeitos de direitos.

As mudanças constitucionais que asseguram os direitos das pessoas privadas de liberdade e a ampla transformação no campo da saúde, a partir do SUS, criaram condições iniciais para se propor novos parâmetros para a prevenção, promoção e tratamento em instituições prisionais. Entretanto, esse novo arcabouço legal, marco na conquista por direitos iguais, precisaria de uma longa caminhada para instituir as primeiras iniciativas que o tornassem uma ação concreta com vistas a produzir saúde nas bases ético-políticas preconizadas pelo SUS.

A partir desse momento ético-político da promulgação da Constituição podemos dizer que a sociedade brasileira inicia um período de transformação e aprofundamento das discussões em busca da consolidação da democracia. Entretanto, as violações dos Direitos Humanos, caracterizadas pela desigualdade

social, desrespeitos às mulheres, negros, índios, grupo LGBT, jovens, idosos, pessoas com deficiência, pessoas com transtornos mentais, usuários de drogas e pessoas privadas de liberdade, constituem realidades concretas que necessitam de respostas da sociedade e do Estado, de modo que se garanta uma cidadania plena para todos.

Assim, a Constituição determina o fim de um regime político ditatorial estabelecendo novas bases éticas para a consolidação de um regime democrático. Entretanto, sabemos que o fim de um regime ditatorial não põe fim às práticas estatais autoritárias e nem à cultura brasileira forjada no coronelismo, escravismo e clientelismo. A Constituição demarca um novo campo de possibilidades, na medida em que a luta pelos Direitos Humanos e cidadania em âmbito nacional e internacional passa, então, a pautar a política brasileira e fomentar a construção de uma cultura dos Direitos Humanos e defesa da vida.

Nesse processo de democratização pós-ditadura militar, podemos destacar a incorporação, de modo mais explícito, por parte do Estado brasileiro, dos princípios dos Direitos Humanos, quando por meio do Decreto nº 1.904, de 13 de maio de 1996, instituiu o Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH. Elaborado pelo Ministério da Justiça e organizações civis, o PNDH foi reformulado por meio do Decreto nº 4.229 de 2002 e alcançou sua forma atual a partir das alterações realizadas pelo decreto nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009 e pelo decreto nº 7.177, de 12 de maio de 2010. Ao instituir o PNDH, o Estado brasileiro cumpriu a recomendação específica da Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, tornando-se o primeiro país a atribuir aos princípios dos Direitos Humanos o status de política pública governamental (BRASIL, 2010a).

Inicialmente, o PNDH foi criado, de modo a alertar e coibir a banalização da violência, ainda presente no Brasil, que ameaça nossa existência e o próprio processo de democratização do país. Nesse sentido, podemos destacar como resultantes de algumas proposições da PNDH as seguintes medidas legislativas:

o reconhecimento das mortes de pessoas desaparecidas em razão de participação política (Lei nº 9.140/95), pela qual o Estado brasileiro reconheceu a responsabilidade por essas mortes e concedeu indenização aos familiares das vítimas; a transferência da justiça militar para a justiça comum dos crimes dolosos contra a vida praticados por policiais militares (Lei 9.299/96), que permitiu o indiciamento e julgamento de policiais

militares em casos de múltiplas e graves violações como os do Carandiru, Corumbiara e Eldorado dos Carajás; a tipificação do crime de tortura (Lei 9.455/97), que constituiu marco referencial para o combate a essa prática criminosa no Brasil; e a construção da proposta de reforma do Poder Judiciário, na qual se inclui, entre outras medidas destinadas a agilizar o processamento dos responsáveis por violações, a chamada 'federalização' dos crimes de Direitos Humanos. (BRASIL, 2010a, p. 260).

No percurso da reformulação do PNDH foram incluídas proposições, através das quais se busca garantir direitos constitucionais como educação, saúde, previdência, assistência social, trabalho, moradia, ambiente saudável, alimentação, cultura e lazer e, portanto, à vida.

De modo geral, podemos dizer que o PNDH foi formulado no sentido de estabelecer as bases para uma política de Estado para os Direitos Humanos. Na perspectiva dos postulados da universalidade, indivisibilidade e interdependência dos direitos essas bases foram estabelecidas segundo os princípios da transversalidade e inter-ministerialidade de suas diretrizes, de seus objetivos estratégicos e de suas ações programáticas (BRASIL, 2010a).

Portanto, o PNDH ganhou um caráter transversal e interministerial, porque sua formulação ultrapassou as fronteiras do Ministério da Justiça, na medida em que foi proposto por mais 31 Ministérios, de modo que os temas relacionados aos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e os direitos ambientais possam ser garantidos. Nesse sentido, o PNDH criou as condições de possibilidades para que o tema dos Direitos Humanos se capilarizasse pela administração governamental e na elaboração de políticas públicas para sociedade brasileira.

1.2 A vida como campo problemático

Percebemos, a partir dos marcos internacionais e nacionais expostos acima, que o campo problemático, no qual se insere a política de saúde destinada às pessoas privadas de liberdade, suscita como questão política a defesa do direito à vida. Podemos dizer que esse problema político comparece no cerne do campo

problemático, por meio da relação entre o binômio saúde/doença e o binômio liberdade/opressão.

Em relação ao primeiro binômio, a vida em questão é a biológica, que para segmentos específicos da população brasileira, se torna vulnerável na dinâmica existente entre saúde e doença. As pessoas privadas de liberdade nos presídios se encontram nessas condições, por exemplo, quanto à epidemia de HIV/AIDS e tuberculose que nos presídios apresentam taxas bem mais elevadas do que fora deles.

Quanto ao segundo binômio, a vida em questão diz respeito aos processos de subjetivação que estão relacionados aos valores vigentes em um dado momento histórico, cujo indivíduo, grupo ou sociedade criam para si mesmos modos de ser, pensar e agir. A vida, nesse sentido, está relacionada, por exemplo, às questões étnicas, culturais, religiosas, sexuais, de gênero, entre outras. Todas essas questões estão colocadas também para a população privada de liberdade nas prisões.

Certamente, quando falamos de vida biológica e vida subjetiva, não se trata de duas vidas, mas de dois aspectos da vida que não se separam, já que a vida biológica não é indiferente às condições sócio-políticas que engendram a subjetividade. O que pretendemos destacar com essa distinção é o risco de dominação a que um segmento populacional pode estar submetido quando não tem acesso, por exemplo, à saúde ou mesmo que este segmento populacional esteja com suas condições básicas de existências asseguradas, ainda assim, se encontre subjetivamente dominado quando é, por exemplo, perseguido por motivação étnica, religiosa e de orientação sexual. Nas duas situações há dominação da vida. Eis aí uma questão biopolítica que

designa a maneira pela qual o poder tende a se transformar, entre o fim do século XVIII e o começo do século XIX, a fim de governar não somente os indivíduos por meio de um certo número de procedimentos disciplinares, mas o conjunto dos viventes constituídos em população: a biopolítica – por meio dos biopoderes locais – se ocupará, portanto, da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade etc., na medida em que elas se tornaram preocupações políticas. (REVEL, 2005. p. 26).

Deste modo, é preciso alertar sobre o estado de dominação⁷ a que as pessoas privadas de liberdade estão submetidas, já que essa dominação pode se caracterizar pela falta de condições básicas de subsistência, por exemplo, falta de acesso à saúde, e/ ou se caracterizar pela submissão de uma pessoa ou grupo devido sua etnia, credo, sexualidade e gênero.

Ainda é preciso ressaltar que os compromissos expressos nesses marcos históricos reconhecem as forças que oprimem e ameaçam a vida, mas, longe de serem a solução dos problemas, são o início de uma tentativa de solucioná-los. Esses marcos, mencionados acima, compõem o panorama, no qual o Brasil se insere como membro de uma comunidade mundial e afirma diretrizes de governo para vida de seus cidadãos.

Portanto, é nesse campo problemático que a vida das populações se torna uma questão política. Apesar dos esforços feitos sob a égide dos Direitos Humanos, que animam as forças instituintes de políticas públicas no país, o Estado brasileiro está longe de alcançar um resultado significativo, no que diz respeito à defesa da vida dos segmentos mais vulneráveis, dos quais destaco a vida das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional do país.

1.3 A vida ameaçada nas prisões brasileiras

Temos um sistema prisional medieval que não é só violador de Direitos Humanos, ele não possibilita aquilo que é mais importante em uma sanção penal que é a reinserção social.

José Eduardo Cardozo, Ministro da Justiça.

⁷ Segundo Rodrigues e Tedesco, “os estados de dominação aparecem como caso limite dos jogos de forças no qual a paralisia se impõe aos movimentos de circulação e de desestabilização das dessimetrias. Com a imobilidade das relações de forças, com a eliminação dos jogos de poder, também desaparecem os movimentos de resistência, os processos de constituição ética do si, as modalidades livres de ser e agir frente ao código. Ou seja, nos estados de dominação, desaparecem processos de subjetivação ético porque desaparecem igualmente as relações de poder”. (TEDESCO e RODRIGUES, 2009, p. 92)

Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o Brasil é a terceira maior população prisional do mundo, totalizando 711.463 o número de pessoas sob a tutela do Estado. São 147.937 em cumprimento de prisão domiciliar e 563.526 pessoas detidas no sistema prisional, cuja capacidade de lotação é de 357.219 vagas e o déficit de vagas é de 206.307. Das 563.526 pessoas detidas 41% são presos(as) provisórios(as) (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA , 2014, p. 4). Eles podem ficar longo tempo sem julgamento e muitas vezes sem qualquer contato com defensor público ou advogado. O acesso à assistência social e ao serviço de saúde é precário. A essa situação se somam os maus-tratos, torturas, motins, rebeliões e mortes, contrariando, assim, a legislação vigente e os princípios dos Direitos Humanos, principalmente, aquele que diz respeito à dignidade humana. Um dos maiores problemas decorrentes desse grande encarceramento é a superlotação do sistema prisional.

Cabe destacar que nos últimos anos a política de guerra às drogas tornou o tráfico de drogas uma das principais causas para o aumento vertiginoso da população carcerária, sendo alvo dessa política principalmente jovens, negros e pobres, portando pequenas quantidades de drogas. Trata-se de uma política que criminaliza os mais pobres com estratégias voltadas para o mercado varejista e pequeno traficante. A não definição objetiva da quantidade de porte de drogas que distingue usuário de traficante, da atual lei de drogas, tem se mostrado como um importante dispositivo de exclusão dos mais pobres, uma vez que estes são mais frequentemente julgados como traficantes, mesmo quando portando pequenas quantidades de drogas ilícitas (BRASIL, 2015).

A superlotação do sistema penitenciário se torna ainda mais grave em função das condições dos presídios que, de modo geral, são de péssimas qualidades, a começar pela arquitetura (sistema de esgoto, iluminação, ventilação), bem como das condições mínimas necessárias de tratamento, que dizem respeito aos dormitórios, alimentação, água potável, entre outras, fornecidas às pessoas que estão privadas de liberdade. Pode-se afirmar que o próprio sistema prisional é, por si só, promotor de doenças.

Nessas condições, esses estabelecimentos são propícios a proliferações de doenças como asma, bronquite, tuberculose, doença de pele, DST/AIDS, diabete,

hipertensão, transtornos mentais, entre outras, que atingem os(as) presos(as) e os(as) funcionários(as), que realizam suas atividades em precárias condições de trabalho.

Nesse contexto, a vida, seja das pessoas privadas de liberdade seja dos trabalhadores é violada, na medida em que estão sujeitos a todo tipo de doenças e opressão presente no sistema prisional que não corresponde aos tratados relacionados aos princípios dos Direitos Humanos assinados pelo Brasil; não cumprem as regras mínimas para o tratamento de reclusos e nem funciona na lógica do SUS. Essa situação pode ser demonstrada pela prevalência de HIV-AIDS presentes no sistema prisional brasileiro.

O Brasil avançou no combate do HIV-AIDS mantendo as taxas de prevalência relativamente baixas, quando se trata da população em geral. Entretanto, o mesmo não ocorre com os grupos populacionais sujeitos a situações mais vulneráveis, cuja incidência de HIV/AIDS é mais elevada, como é o caso da população privada de liberdade em prisões principalmente nos casos de coinfeção com a tuberculose (BRASIL, 2009b).

A incidência de HIV/AIDS presente no sistema prisional do país desde os primórdios do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais/MS, criado para coordenar o enfrentamento da epidemia, sempre foi uma preocupação do governo brasileiro e alvo de investimentos por meios de projetos governamentais e não governamentais destinados a combater a doença. Por exemplo, em 1995, por meio da portaria nº 485 (BRASIL, 1995), o ministério da saúde instituiu três comitês de assessoramento à Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS/SAS/MS para as respectivas áreas de prostituição, homossexualidade e sistema penitenciário.

A aproximação desse departamento com o movimento social LGBT possibilitou que organizações da sociedade civil propusessem projetos de prevenção ao HIV/AIDS, inclusive no âmbito do sistema prisional, sendo esta uma importante iniciativa que traria luz para a prisão como território da saúde. Por exemplo, o projeto

Arpão é histórico, pois foi desenvolvido durante longo tempo dentro do Presídio Central no estado do Rio Grande do Sul. (INFORMAÇÃO VERBAL)⁸.

Assim, o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais/MS trabalhou financiando projetos de organizações governamentais e não-governamentais para execução das atividades de prevenção da doença nos presídios. Os projetos se caracterizavam por terem tempo de execução determinado. Esse modo de trabalho por meio de ações programáticas com data marcada para acabar fazia com que os projetos não fossem auto-sustentáveis, ou seja, uma vez terminado os projetos a população ficava desassistida. A partir dessa constatação percebeu-se a necessidade de existir ações institucionalizadas e que fossem permanentes para combater a doença no sistema prisional. (INVORMAÇÃO VERBAL)⁹.

A práxis do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais/MS, que historicamente trabalha com populações específicas, deu visibilidade aos problemas de saúde no sistema prisional e, diante disso, o Estado brasileiro buscou apresentar respostas institucionalizadas, não somente pelo risco de vida a que estão submetidos as pessoas presas e funcionários, como também a própria sociedade, uma vez que as doenças infectocontagiosas não estão contidas apenas dentro dos muros dos presídios.

Podemos dizer que o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais/MS, ao problematizar o modo como eram oferecidas as ações de saúde para prevenir e tratar as doenças no sistema prisional, deu visibilidade ao problema de saúde pública presente nas prisões que vai além das doenças que são de sua competência. Nesse sentido, a atuação desse departamento produziu uma discussão sobre a saúde no sistema prisional importante para a elaboração do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que representou a tentativa do governo brasileiro de apresentar uma resposta institucionalizada e permanente para combater o grave problema de saúde no sistema prisional do país.

⁸ Entrevista realizada com a Assessora Técnica Depto. Vigilância, Prevenção e Controle das DST, AIDS e Hepatites Virais em 2013.

⁹ Entrevista realizada com a Assessora Técnica Depto. Vigilância, Prevenção e Controle das DST, AIDS e Hepatites Virais em 2013.

1.4 A defesa do direito à saúde nas prisões brasileiras

No ano de 2001, o governo federal brasileiro, considerando o problema de saúde pública na maioria das unidades prisionais do país, publicou a portaria interministerial dos Ministérios de Estado da Saúde e da Justiça nº 2.035, art. 1º (BRASIL, 2001b), que instituiu uma “Comissão Interministerial (MS/MJ) com a atribuição de definir estratégias e alternativas de promoção e assistência à saúde no âmbito do Sistema Penitenciário Nacional”, que fossem mais permanentes. Nesse momento, iniciou-se a elaboração do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) com o objetivo de fazer chegar as ações de saúde à população privada de liberdade, uma vez que essa população, por estar privada do seu direito de ir e vir, não pode por si mesma recorrer à rede de saúde disponível no território para se tratar.

Em 2002, o PNSSP foi instituído através da Portaria Interministerial MS/MJ, nº 628, art. 1º (BRASIL, 2002a) “destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas”. Estrategicamente, o PNSSP foi formulado conforme os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, de modo que se pudesse garantir o direito à saúde às pessoas privadas de liberdade. Para coordená-lo foi instituído, por meio da portaria SPS nº 17 art. 1º (BRASIL, 2002b), o grupo de acompanhamento da implementação da atenção básica de saúde prevista no plano ligado à Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. A esse grupo coube a tarefa de:

definir estratégias de acompanhamento e de avaliação das ações desenvolvidas, bem como estabelecer instrumentos operacionais para a adequada atenção básica de saúde nas unidades prisionais, conforme determina a Portaria Interministerial 628/2002. (BRASIL, 2002b, art. 1º).

Nessa primeira versão, o PNSSP apresentava diretrizes de ações e serviços com finalidade de promover a saúde da população privada de liberdade por meio do controle e redução dos agravos mais frequentes no sistema prisional e de um elenco

mínimo de procedimentos para garantir a atenção básica e a assistência no nível da média complexidade a cem por cento (100%) da população penitenciária brasileira.

As ações de atenção básica prescrita no PNSSP tomaram como referência a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS¹⁰ e contemplavam: controle de tuberculose, controle de hipertensão e diabetes, dermatologia sanitária, saúde bucal e saúde da mulher. Além dessas ações, estavam previstas ações complementares como: diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/HIV/AIDS, atenção em saúde mental, desenvolvimento de ações de promoção da saúde relativas à alimentação adequada, atividades físicas, garantia de condições salubres de confinamento, acesso a atividades laborais. Ainda previu referências para média e alta complexidade, programa de imunizações, aquisição de medicamentos. A ideia era construir unidades básicas de saúde dentro do sistema prisional.

O PNSSP foi uma proposta feita pelo governo federal aos estados da federação de inclusão da população privada de liberdade no SUS, sendo facultado aos estados aderirem ou não à proposta. É importante ressaltar que a relação interfederativa que envolve a esfera federal, estadual e municipal não é verticalizada e garante autonomia entre esses entes na condução de políticas. Por essa razão, nenhum estado ou município é obrigado a aceitar a proposta do governo federal, em vez disso a proposta é pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)¹¹ e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB)¹² de que participam as esferas estadual e municipal.

Sendo assim, uma vez o PNSSP aceito, coube às Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, conforme o art 2º da portaria n º 628 (BRASIL, 2002a), formular o Plano Estadual definindo metas e formas de gestão do referido plano, bem como a

¹⁰ A Norma Operacional da Assistência à Saúde tem como objetivo estabelecer equidade no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção e tem como estratégia principal a regionalização para garantir uma maior capacidade de gestão do SUS. Fonte: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf>>.

¹¹ Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é um espaço intergovernamental constituído por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), que tem por finalidade discutir e pactuar políticas no âmbito do SUS.

¹² Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é um espaço intergovernamental, existente nos estados da federação, constituídos por representantes dos governos estaduais e dos governos municipais, cuja finalidade discutir e pactuar políticas no âmbito do SUS.

gerência das ações e serviços, além de referendar o plano estadual no Conselho Estadual de Saúde. Uma vez aprovado, a responsabilidade da sua gestão ficou a cargo das Secretarias de Estado da Saúde.

Entretanto, a municipalização das ações da saúde se mostrou incipiente, ficando na responsabilidade das Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça propor pactos de atuação conjunta com as Secretarias Municipais de Saúde. Importa ressaltar que o PNSSP tinha como objetivo garantir, conforme os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, o acesso da população privada de liberdade à atenção básica que é de responsabilidade dos municípios. Sendo assim, se a atenção básica é de responsabilidade dos municípios, mas o PNSSP está na responsabilidade dos estados, conseqüentemente, há necessidade de pactuação entre estados e municípios que nem sempre é bem-sucedida e, portanto, enfraquece a pactuação do PNSSP.

Na esfera federal, coube ao Ministério da Saúde a elaboração de protocolos assistenciais e a padronização das normas, bem como a organização e controle do sistema de informação, em conjunto com o Ministério da Justiça. A ambos coube o repasse de recursos financeiros para induzir a adesão ao plano no território nacional. Cabe ressaltar que as ações previstas para o Ministério da Justiça, são aquelas relacionadas à reforma física e aquisição de equipamentos para os ambulatórios de saúde das unidades prisionais, de modo a atender às condições mínimas para a realização das ações de saúde previstas no PNSSP.

Percebemos que a primeira versão do plano ficou caracterizada pelo esforço em apresentar respostas aos problemas epidemiológicos inerentes ao sistema penitenciário brasileiro. Entretanto, se mostrou incipiente, principalmente no que se refere ao recurso financeiro que, conforme o art 5º da portaria n º 628 (BRASIL, 2002a) era de R\$105,00 per capita/ano, ou seja, muito pequeno para enfrentar o problema de saúde pública no sistema prisional.

Do ponto de vista técnico era necessário melhorar o sistema de informação, por meio do qual se realiza o registro sobre as condições de salubridade dos presídios, dos serviços de saúde no sistema prisional que, nesse momento, era realizado pelo sistema informatizado de medicamentos de AIDS (Siclom/Siscel), e

cartão SUS. Sem um sistema de informação eficaz o repasse financeiro para os estados ficava comprometido, logo, comprometia a efetivação do plano.

Para alcançar as finalidades do PNSSP, ainda era necessário adequar os recursos humanos que foram organizados em equipe mínima, integrada por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, responsável pela saúde de até 500 presos (as).

Quanto à execução do PNSSP era necessário melhorar os dispositivos de articulação dos três níveis de gestão do SUS e da sociedade na garantia de inclusão das pessoas privadas de liberdade, considerando a defesa dos Direitos Humanos assumidos pelo Brasil em acordos, pactos internacionais como Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948, Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos de 1955, Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos de 1966, entre outros.

Diante das dificuldades mencionadas acima, no que diz respeito à formulação da Portaria Interministerial n.º 628, de 2 de abril de 2002, o governo federal publicou a Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003, que revogou a Portaria anterior. Uma das diferenças que podemos destacar em relação à primeira versão do PNSSP foi a inclusão, conforme art. 10º (BRASIL, 2003a) de novos setores além dos Ministérios da Saúde e da Justiça, como, por exemplo, o envolvimento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) para acompanhar as ações de saúde voltadas as pessoas privadas de liberdade.

A portaria nº 1777 é reconhecida como o marco histórico legislativo que trata da saúde no modelo do SUS para o sistema prisional brasileiro. Ela é a portaria, a partir da qual toda alteração futura ocorreu até se transformar na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja Portaria Interministerial MS/MJ nº 1 foi publicada em 2 de janeiro de 2014.

A partir da publicação da portaria nº 1777, é notório que o debate em torno do tema da saúde no sistema prisional começa a se intensificar, ao menos na esfera

federal. Nesse contexto de debate sobre a saúde no sistema prisional foi institucionalizada a Área Técnica da Saúde no Sistema Penitenciário (ATSSP), do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES) da Secretaria de Atenção à Saúde/MS que tem como missão promover políticas públicas de saúde para populações específicas como é o caso das pessoas privadas de liberdade. Essa área se constituiu como um dispositivo, isto é,

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos. (FOUCAULT, 1995, p. 244).

O principal objetivo da ATSSP era criar estratégias para acompanhar, avaliar e desenvolver o PNSSP, além de convencer as instâncias governamentais e a sociedade da necessidade de efetivar, por meio do plano, o SUS no sistema prisional.

A aprovação da portaria nº 1777, segunda versão do PNSSP, se deu por meio da pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O plano também foi aprovado no Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária/Ministério da Justiça, incluído no Plano Nacional de Saúde (BRASIL, 2005) e no Plano plurianual de saúde. Portanto, houve uma ampliação das instâncias de decisão competentes para sua aprovação.

No que diz respeito ao envolvimento da sociedade civil com o tema da saúde no sistema prisional, o plano foi contemplado, em 2004, na 12ª Conferência Nacional de Saúde e, portanto, apreciado por vários segmentos sociais que compõem essa instância de decisão que têm o propósito de avaliar e propor diretrizes para a formulação das políticas públicas de saúde em âmbito nacional. A importância dessa instância na formulação do plano foi ampliar o debate sobre a saúde no sistema penitenciário, na medida em que foi proposta, nessa conferência, a realização da

Conferência Nacional Sobre Sistema Prisional para discutir e definir estratégias de implementação do PNSSP.

O envolvimento de outros setores no debate sobre a saúde no sistema prisional foi positiva para o plano, porque forneceu subsídios para sua gestão e, ao mesmo tempo, contribuiu para que paulatinamente a ATSSP fosse se consolidando na interface de outras áreas específicas como, por exemplo, a que cuida da saúde da mulher que, em 2004, publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Plano de Ação 2004 – 2007) que no objetivo específico nº 13 tinha como meta ter 100% dos estados habilitados para a atenção integral à saúde das presidiárias (BRASIL, 2004, p. 44).

Em termos técnicos, essa segunda versão do PNSSP, em relação ao sistema de informação (BRASIL, 2005) lança mão do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/SUS). Assim, os serviços de saúde já existentes nas penitenciárias, incluindo os manicômios judiciários, bem como a equipe mínima de saúde são cadastrados nesse sistema de informação. Através do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, ou transitoriamente pelo SIA/SUS ficou determinado que fosse realizado o monitoramento e avaliação das ações de saúde pertinentes aos planos operativos estaduais.

A equipe mínima estabelecida nessa versão do Plano permaneceu a mesma que na versão anterior. Ficou estipulado, conforme art. 5º (BRASIL, 2003a) que para as unidades prisionais com até 100 pessoas presas as ações de saúde deveriam ser realizadas por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde que receberia o repasse no valor de R\$ 20.004,00/ano por estabelecimento prisional. Nas unidades prisionais acima de 100 pessoas presas as ações de saúde seriam realizadas por uma equipe de saúde implantada para atender um grupo de até 500 presos(as) e o incentivo correspondeu a R\$ 40.008,00/ano para custear cada equipe. Houve um aumento no financiamento do plano, porém muito aquém da real necessidade para custear as ações de promoção e de atenção à saúde para o sistema prisional.

A população carcerária passou a ser contemplada com os repasses dos recursos federais não mais como um subgrupo populacional que se encontrava sob a tutela do Judiciário. Isso se evidencia, na medida em que esta população (BRASIL,

2005) passa a ser considerada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como população residente não sendo, portanto, de responsabilidade apenas do Judiciário, mas das três instâncias de governo da federação. Esse fato é importante, porque demonstra que a saúde destinada ao sistema prisional ocorria paralelamente ao SUS com ações de saúde orientadas segundo as prescrições da LEP.

A segunda versão do plano deixa de forma mais delineada suas diretrizes e estratégias para a saúde no sistema prisional que são:

prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária; Contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais freqüentes que acometem a população penitenciária; Definir e implementar ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS; Proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais; Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; Provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania; estimular o efetivo exercício do controle social. (BRASIL, 2005, p. 14).

1.5 Um direito ainda a ser conquistado

Uma vez reelaborado o PNSSP, com a ampliação de suas possibilidades de efetivação, entre outubro de 2007 e abril de 2008 o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN/MJ) realizou um breve levantamento da situação da assistência à saúde do Sistema Penitenciário Nacional motivado pela Controladoria Geral da União (CGU) que identificou inadequação na aplicação dos recursos financeiros do PNSSP. Conforme a conclusão do relatório,

- Um dos pontos mais críticos do Sistema Penitenciário é a promoção de saúde aos presos. Os Estados aderiram ao Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário – PNSSP, entretanto, há muita dificuldade na habilitação dos estabelecimentos penais, frente às exigências de adequação do espaço físico e número mínimo de profissionais requeridos pela Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003.

- Os Estados de Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Minas Gerais, Mato Grosso, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rondônia, Santa Catarina, São Paulo e Tocantins habilitaram 141 unidades penais do Estado no PNSSP.
- Nenhuma das Unidades Federativas dispõe de número adequado de profissionais de acordo com a Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003, para atendimento por equipes de saúde à toda a população carcerária.
- Atuam no Sistema Penitenciário, 3.167 profissionais da área de saúde.
- A assistência à saúde dos presos é prestada pelo Sistema Único de Saúde nos Estados do Pará, Rio Grande do Sul, Alagoas, Rondônia e Bahia.
- Excetuado Pernambuco e Ceará, nas demais Unidades da Federação a rede hospitalar estadual e municipal disponibiliza leitos para atendimento aos presos. (BRASIL, 2008, p. 47).

Diante desse panorama, em 2009, foram realizadas visitas de monitoramento em conjunto entre os Ministérios da Saúde e da Justiça e auditorias em 2009/2010 pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS-DENASUS em virtude da “baixa execução dos recursos financeiros de custeio repassados aos Estados e Municípios qualificados ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário” (BRASIL, 2011a, p. 1) que teve como consequência, conforme art.1º da portaria nº 2.801

suspender, temporariamente, a transferência de recursos correspondentes ao Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário estabelecido pela Portaria Interministerial no - 1.777/MS/MJ, de 9 de setembro de 2003, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados e Municípios que se encontram em situação de irregularidade. (BRASIL, 2011a, art. 1º).

Em suma, a cobertura do plano alcançou 30% no que diz respeito a implantação de Equipes de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário (EPEN), isto é,

entre 2004 e julho de 2009, mais de 200 EPEN foram implantadas no país (30% do teto), em mais de 180 unidades penitenciárias, algo que abrange aproximadamente metade das quase 300 mil pessoas nessas unidades, ou um terço da totalidade da população carcerária. (BRASIL, 2010b, p. 13).

De modo geral, a execução da assistência à saúde no sistema prisional encontrou os seguintes impasses (SILVA e DELDUQUE, 2012):

-relativos ao financiamento, uma vez que, embora houvesse um repasse constante de recursos da união para os estados e municípios, oriundo do Piso de Atenção Básica Variável, grande parte do mesmo não foi gasto e nem sequer empenhado (2% dos 35 milhões repassados até 2008).

-relativos aos recursos humanos, já que, o recurso financeiro do plano é exclusivamente para custear ações e serviços de saúde dentro da unidade prisional e não para pagamento de pessoal que é a maior demanda de gasto em saúde prisional por parte dos estados e municípios. A isso, se soma a dificuldade de contratação de todos os componentes da equipe.

- relativos à gestão interfederativa do PNSSP, visto que, a responsabilidade da custódia do preso(a), incluindo as ações e serviços de saúde, é estadual ligada as Secretarias de Estado de Justiça, enquanto no âmbito do SUS muitas dessas sejam de responsabilidade municipal.

O que podemos perceber, a partir do relatório do DEPEN e das visitas de monitoramento realizadas pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Justiça, foi a existência de um hiato entre a formulação do PNSSP pelo governo federal, que na segunda versão apresentava orientações gerais mais estruturadas para a saúde no sistema prisional e sua execução nos estados e municípios, uma vez que, de modo geral, o plano alcançou uma cobertura em torno de 30% da população prisional, ficando muito aquém da meta de levar a saúde a 100% das pessoas privadas de liberdade.

1.6 Considerações finais

A estratégia do governo federal de propor o PNSSP como uma resposta institucionalizada e permanente para combater o grave problema de saúde pública do sistema prisional esbarrou no pacto interfederativo que é um limite institucional do

próprio SUS, uma vez que os estados são autônomos para decidir sobre a adesão ou não ao plano. Cabe indagarmos se a baixa cobertura do PNSSP no território nacional tem razões meramente técnicas ou se a questão primordial é política, uma vez que a população prisional, pelo próprio estigma que carrega historicamente, não é reconhecida como portadora de direitos e, portanto, não é prioridade de investimentos do poder público.

Certamente, tudo isso adiou a inclusão plena desse segmento da população brasileira no SUS, deixando as vidas das pessoas privadas de liberdade a mercê de um sistema complexo e violento, contrariando, assim, não apenas os princípios dos Direitos Humanos que destacamos acima, como também a Constituição brasileira que prescreve a saúde como um direito de todos e dever do Estado, inclusive da pessoa privada de liberdade.

A institucionalização do PNSSP foi um passo importante para iniciar a inclusão das pessoas privadas de liberdade no SUS, na medida em que deu visibilidade ao campo problemático em que está inserida a vida da população carcerária brasileira. No que diz respeito à ATSSP, os avanços e limites do PNSSP apontaram para a necessidade de superação da lógica programática a partir da qual a ATSSP constrói políticas públicas, mas, por outro lado, construiu as condições de possibilidades para que a ATSSP, no ciclo de gestão de 2011 a 2014, criasse o alicerce institucional para a formulação e pactuação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que substituirá o PNSSP.

CAPÍTULO 2 Saúde no sistema prisional: cartografia de uma política pública em construção.

Cristiano Rodrigues de Freitas

Silvia Tedesco

Da política de governo à política pública não há uma passagem fácil e garantida. Construir políticas públicas na máquina do Estado exige todo um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os movimentos sociais, com as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde

(BENEVIDES e PASSOS, 2005).

Este trabalho explicita e discute o acompanhamento do processo de criação de uma política pública, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido no jogo de forças, tendências e redirecionamentos do campo de sua instalação, com seus impasses e avanços na direção da oferta de cuidados mais efetivos, dirigidos à saúde da população privada de liberdade no sistema prisional.

O atendimento em saúde destinado as pessoas privadas de liberdade está previsto na Lei de Execução Penal (LEP) – Lei nº 7.210, desde 1984 e atualmente vem sendo prestado, na maioria das vezes, pelas administrações penitenciárias. Entretanto, em 2003 foi lançada a Portaria Interministerial nº 1.777, dos Ministérios da Saúde e da Justiça que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) com o objetivo de incluir a população carcerária, que hoje já está acima de 550 mil pessoas, no Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a garantir a essa parcela da população brasileira o direito à saúde, conforme previsto na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

O PNSSP foi criado na confluência entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Justiça (MJ), com a finalidade de oferecer respostas à grave situação da saúde, principalmente no que diz respeito às doenças infectocontagiosas como

AIDS e Tuberculose, entre outras, que se agravam em função da superlotação do sistema penitenciário brasileiro. Diante desse problema, o PNSSP foi construído estrategicamente para propor as ações e serviços de saúde organizados segundo os princípios da descentralização da gestão, da atenção integral e da participação da comunidade, conforme prescritos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Embora a assistência à saúde, destinada às pessoas privadas de liberdade, de caráter preventivo e curativo, na forma de atendimento médico, farmacêutico e odontológico, estivesse prevista na LEP, o PNSSP propôs outra lógica de funcionamento da saúde para o sistema prisional, pautada pela atenção básica. O acento colocado na atenção básica está em conformidade com a organização do SUS que, segundo o art. 8º da Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990) deve ser regionalizada e hierarquizada por nível de complexidade crescente, isto é, (BRASIL, 1990) sendo a atenção básica uma das portas de entrada no SUS ela atua resolvendo os problemas de saúde de baixa complexidade ao mesmo tempo em que ordena as demandas mais difíceis de serviço de saúde para os níveis maiores de complexidade.

A mudança de lógica vem ao encontro do reconhecimento da população privada de liberdade, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), como sendo população residente. “Destá forma, esta população está contemplada nos repasses de recursos federais para atenção de básica, média e alta complexidade.” (BRASIL, 2005, p. 16). Assim, essa população passou a ser reconhecida não mais como um subgrupo populacional constitutivo de um subsistema de saúde diferenciado do SUS, que se encontra sob a tutela do Judiciário.

Essa mudança de lógica se justificou pela necessidade de cuidar das doenças e agravos em saúde decorrentes das péssimas condições de habitabilidade e insalubridade da maioria das unidades prisionais, que fazem do sistema penitenciário um espaço privilegiado à proliferação e difusão de doenças infectocontagiosas que, para serem combatidas, necessitavam de um repertório de ações de saúde maior do que o previsto pela LEP.

Esse posicionamento foi endossado pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP) que recomendou, por meio da Resolução CNPCCP nº 07 Art 1º, “a adoção de um elenco mínimo de ações de saúde no sistema penitenciário, pautadas pela lógica da atenção básica” (BRASIL, 2003b). Com essa recomendação da saúde no sistema prisional o CNPCCP visou à valorização da cidadania e à redução das tensões inerentes às condições carcerárias.

Com o PNSSP, pautou-se a possibilidade de corrigir o descompasso entre a saúde destinada às pessoas privadas de liberdade, conforme a LEP, que é uma lei do período de ditadura militar e que vigora até os dias atuais, e a saúde nos moldes do Sistema Único de Saúde (SUS) prescrita na Constituição Brasileira de 1988. Assim, o PNSSP emergiu num campo problemático no qual a defesa da vida é feita no encontro conflitante entre a lógica de justiça criminal e a lógica do cuidado humanizado.

Nesse sentido, com o objetivo de corrigir o descompasso entre as duas lógicas, o Ministério da Saúde e Ministério da Justiça se articularam para formular o PNSSP, passo fundamental para que dez anos mais tarde fosse possível construir uma política pública no âmbito do SUS dirigida às pessoas em situação de privação de liberdade no sistema prisional, como veremos mais adiante.

Para coordenar o PNSSP foi criado, em 2003, a Área Técnica da Saúde no Sistema Penitenciário (ATSSP) do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), ligado à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. A ATSSP construiu o PNSSP conjuntamente com o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) do Ministério da Justiça. (INFORMAÇÃO VERBAL)¹³

Dentre as competências da ATSSP, destacou-se a promoção do acesso às ações e serviços do SUS, por meio da pactuação, com os estados e municípios, das responsabilidades sobre a atenção integral em saúde para as pessoas privadas de liberdade. Coube também à ATSSP tecer a rede com outras coordenações que cuidam da saúde do homem, da mulher, da pessoa com deficiência; da saúde mental, incluindo abuso de álcool e outras drogas; da DST/AIDS e hepatites virais;

¹³ Entrevista realizada com o diretor geral ATSSP em 2013.

da tuberculose; da vigilância sanitária. O foco era envolver tais coordenações com a questão da saúde das pessoas privadas de liberdade. Além dessas tarefas citadas acima, a ATSSP vem realizando a transição do PNSSP que é um programa governamental para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

Nesse contexto, em 2013, com o objetivo de apresentar aos cidadãos brasileiros o processo de construção de uma política pública, iniciamos a memória cartográfica da formulação e pactuação da política de saúde para o sistema prisional brasileiro. Por meio de encontros com ATSSP/MS, percorremos trajetórias que nos levaram a outros setores do Ministério da Saúde e da Justiça, bem como a comissões, fóruns, Conselho Nacional de Saúde, nos quais diversos atores, tanto do governo quanto da sociedade civil, debateram e decidiram sobre a melhor maneira de incluir a população privada de liberdade do sistema prisional no SUS.

O trabalho cartográfico metodologicamente percorreu reuniões em setores do Ministério da Justiça como o DEPEN, Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde e na própria ATSSP, entre outros. Desde seu início, já foi possível perceber a intensidade e a velocidade do trabalho desenvolvido pela ATSSP, composta por uma equipe muito pequena face à tarefa de levar o SUS para o sistema prisional.

No desenvolvimento da cartografia, foram escutadas, por meio de entrevistas, pessoas das seguintes áreas: DAPES/ATSSP, DEPEN, Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais/MS, Secretaria Nacional de Direitos Humanos, bem como foram colhidas falas relevantes nas reuniões e nos encontros de gestores do SUS, de Secretários Estaduais de Justiça, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT)¹⁴, espaços nos quais era debatida a proposta de saúde para o sistema prisional.

Sendo assim, o processo cartográfico foi constituído por narrativas do presente, ao mesmo tempo em que colheu elementos do trajeto da construção do

¹⁴ A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é um espaço intergovernamental de caráter político e técnico, no qual se planeja, negocia e implementa as políticas de saúde pública. É constituída por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Na CIT, são definidas diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS.

PNSSP para compor a memória da oferta de saúde para o sistema prisional, que atualmente tem na PNAISP o seu ponto de chegada.

2.1 Cartografia das tensões e tendências da gestão

Nas reuniões de equipe da ATSSP, as questões emergentes eram de ordem administrativa, financeira e política. Por exemplo, para levar integralmente a saúde para o sistema prisional o setor necessitava criar meios a fim de mapear, nos estados da federação que aderiram ao PNSSP, se este estava sendo executado, conforme prescrito na Portaria Interministerial MS/MJ nº 1777 de 2003. Essa tarefa esbarrava na dificuldade de obter dados sobre a saúde no sistema prisional por meio do sistema de informação disponível. Tal situação provocava tensão no setor, já que o controle dos repasses de recursos para os estados depende dessas informações.

As estratégias em pauta para contornar os problemas acima citados foram, por exemplo, propor a criação de ouvidoria do SUS, destinada ao sistema penitenciário, e a criação de um sistema de informação por meio do qual o SUS receberia notificação toda vez que uma pessoa ingressasse e saísse do sistema prisional. A ATSSP buscava criar soluções para contornar desafios estruturais do SUS, que se complexificam ainda mais nos cenários de privação de liberdade.

No que tange às questões políticas, foi debatido o estado atual dos temas transversais presentes nas prisões, como por exemplo, a situação dos negros, mulheres, população LGBT e portadores de transtornos mentais. O debate desses temas apontava para necessidade de transversalizar a saúde destinada às pessoas privadas de liberdade com outras áreas de governo que tratam, por exemplo, de temas como a política de saúde mental, passando pela proposta da redução de danos¹⁵.

Em relação ao tema da saúde mental, foi discutida a criação de uma portaria que possibilitasse o processo de desinstitucionalização – conforme a Lei nº 10.216

¹⁵ Sobre a noção de redução de danos cf: (TEDESCO e SOUZA, 2009).

de 16 de abril de 2001 da reforma psiquiátrica brasileira – das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei em cumprimento de medida de segurança.

Na reunião, que ocorreu no Ministério da Justiça com atores do DEPEM e da ATSSP, foi possível perceber a complexidade da proposta de compor a proposição feita para a saúde, pelo MS, em face da lógica da segurança vigente no campo da justiça criminal. Por exemplo, nessa reunião a conversa girou em torno de itens de higiene destinados ao sistema prisional. Chamou atenção o debate sobre fio dental que, segundo a lógica da saúde é um item corriqueiro para à saúde bucal. Entretanto, do ponto de vista da lógica da justiça criminal, a utilização do fio dental, no sistema prisional, foi colocada na perspectiva da segurança, isto é, como um perigo, uma vez que poderia ser utilizado pelos presos para se comunicarem.

A possibilidade de implantar nos presídios consultas de saúde televisionada, de modo que o presidiário não precise ser escoltado até uma unidade de saúde fora do sistema prisional, foi outro exemplo da dificuldade de relacionar saúde e segurança. Nesse embate de lógicas, percebe-se que a saúde, apesar de um direito, está subordinada à segurança, ou seja, se a ação de saúde representar um risco às ações de segurança já estabelecidas ela é prontamente questionada. Percebeu-se aí a grande diferença no modo de cada uma dessas instâncias governamentais olharem para as pessoas privadas de liberdade e que, conseqüentemente, reverbera na execução da política de saúde destinada a esses sujeitos.

O processo cartográfico tratou de explicitar essas duas principais lógicas, inerentes à proposta de saúde para o sistema prisional, que agem alimentando forças diversas e concorrentes no contexto. De um lado, a perspectiva da saúde que visa à inclusão da população privada de liberdade no SUS, uma vez que reconhece ter essa população direito à saúde, como qualquer outro segmento populacional brasileiro. Do outro lado, a justiça criminal que privilegia e aplica maciçamente a pena de aprisionamento, entendendo-a como um modo existente de garantir segurança pública no país. Esta perspectiva acaba por provocar a superlotação do sistema prisional, que, somada às precárias condições dos presídios e das ofertas de ações em saúde, transformam os estabelecimentos prisionais em locais destinados à produção e difusão de doenças e outros problemas.

Sublinhamos de que a divergência acima apontada não demarca, necessariamente, um antagonismo entre o campo da saúde e o campo da justiça criminal, mas configuram relações de poder que atravessam ambas as áreas e que segundo o pensador Michel Foucault,

são da ordem de um 'agonismo'. Ou seja, apesar de se tratar de um "combate", isto não significa que se estabeleça, necessariamente, entre adversários em defesa de posição opostas, que se bloqueiam. Trata-se de uma luta, marcada por incitação recíproca, permanente, na qual a liberdade comparece como inerente. Fala-se aqui de agonismo de forças em substituição à lógica dialética, que pressupõe como resolução à unidade homogênea dos termos, que inicialmente se opõem. (RODRIGUES e TEDESCO, 2009, p. 88).

Sendo assim, essa tensão entre forças divergentes não deve ser percebida como obstáculo intransponível que apenas seria superado pela eliminação de uma das lógicas. O confronto de lógicas precisa ser considerado como analisador importante do campo das forças onde foi construído o PNSSP e posteriormente a PNAISP.

No processo cartográfico, a presença das duas principais lógicas, que agem alimentando forças diversas atuantes no contexto, é matéria de reflexão, de análise. A direção principal é analisar esse encontro, procurar possibilidades de administrar o jogo estabelecido entre lógicas diferentes. Dessa análise, poderão surgir propostas para construção de condições facilitadoras, que promovam composições entre essas duas forças tendenciais aí presentes. A análise desses embates auxilia a busca de estratégias, ações, propostas, projetos, que possam fomentar alianças, para além das diferenças e em sintonia com a proposta de oferta de saúde ao sistema prisional.

Desta forma, entendemos que é principalmente na gestão desse encontro entre a lógica da saúde, conforme preconiza o SUS, e a lógica da justiça criminal, apoiada na segurança, que a memória cartográfica da construção da política pública de saúde para as pessoas privadas de liberdade se desenvolve. Complementamos ainda, é na administração dessa agonística, composta de encontros e desencontros

entre duas lógicas diversas, que localizamos um dos principais desafios que vêm sendo enfrentados, desde a construção do PNSSP até a PNAISP.

2.2 Cartografia de um descompasso

A partir do processo cartográfico podemos dizer que a transição do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) é decorrente, entre outros fatores, da inadequação observada na aplicação dos recursos financeiros destinados ao financiamento do PNSSP. Em 2008, por exemplo, a Controladoria Geral da União (CGU) questionou o Ministério da Justiça sobre a baixa execução dos recursos financeiros de custeio passados aos estados e municípios qualificados para executar o PNSSP (INFORMAÇÃO VERBAL)¹⁶

Com o objetivo de apresentar resposta ao questionamento da CGU, o Ministério da Justiça, por meio do DEPEN, entre outubro de 2007 e abril de 2008, realizou um estudo sobre a situação da execução do PNSSP em alguns estados da federação. Segundo o coordenador adjunto da ATSSP, que participou da realização desse estudo, vários problemas foram identificados:

[...] não prestar contas, não alimentar sistema de informação, [manter] equipes incompletas ou profissionais que estavam cadastrados no QUINESE e que não estavam trabalhando. Recurso imobilizado; recurso transferido para os fundos estaduais e que não era usado. Então, a gente sugeriu uma série de coisas [...] como retomada do recurso e tudo mais. E o DEPEN optou por suspender. (INFORMAÇÃO VERBAL)¹⁷

No que diz respeito à relação entre os três entes federativos (governo federal, estadual e municipal), é possível perceber nesse estudo realizado pelo DEPEN que

¹⁶ Entrevista realizada com o coordenador adjunto da ATSSP em 2013.

¹⁷ Entrevista realizada com o coordenador adjunto da ATSSP em 2013.

o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça não eram muito presentes; não atuavam muito nos contextos, [...] não eram interlocutores permanentes. Então, não havia uma ação focada em necessidades locais; eles não estavam focados em realidades loco-regionais. (INFORMAÇÃO VERBAL)¹⁸

Podemos dizer que o resultado desse estudo pôs em análise a relação entre a ATSSP/MS e o DEPEN/MJ que atuavam, cada um, com seu modo particular de gestão do PNSSP no território nacional. Tal análise “provocou ações que revelavam certa movimentação do Ministério da Justiça em direção à proposta do Ministério da Saúde, para além da questão administrativa, para além daquilo que era controle” (INFORMAÇÃO VERBAL)¹⁹ para além do que o PNSSP determinava para cada setor. A título de exemplo,

naquela época, inclusive havia um [grupo de trabalho] GT [...], com a participação do Ministério da Justiça, que discutia tuberculose, HIV/AIDS, hanseníase. E esse era um GT que funcionava. Ele era informal, e as pessoas se encontravam pra compartilhar experiências, conhecimentos e talvez encaminhar umas questões, algumas decisões. [...] tinha a participação do DEPEN, a participação da área técnica aqui [ATSSP], do CNPCP, do pessoal da tuberculose, do pessoal da área de HIV/AIDS, do pessoal que trabalhava com hepatites virais e também com a Saúde Mental. (INFORMAÇÃO VERBAL)²⁰

O descompasso entre as áreas técnicas do MS e do MJ, longe de ser apenas uma questão técnico/administrativa, remetia a um problema ético, jurídico e político relacionado ao descompasso entre a lógica de saúde, proposta pelo SUS, e a lógica da segurança com seu imperativo da clausura, segundo a qual a população privada de liberdade vem sendo tratada no sistema prisional brasileiro em detrimento de ações indispensáveis à preservação dos seus direitos e, principalmente, à sua reabilitação.

¹⁸ Entrevista realizada com o coordenador adjunto da ATSSP em 2013.

¹⁹ Entrevista realizada com o coordenador adjunto da ATSSP em 2013.

²⁰ Entrevista realizada com o coordenador adjunto da ATSSP em 2013.

A difícil relação entre saúde pública e segurança pública é um problema que já comparecia desde o período de formulação do PNSSP. Por exemplo, a estratégia de construir a Portaria Interministerial dos Ministérios de Estado da Saúde e da Justiça, nº 2.035 de 2001 surge, dentre outras motivações, pela dificuldade que o Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde encontrava para levar as ações de cuidados (distribuir preservativo, ofertar testagem) para o sistema penitenciário. Sobre a tensão existente entre as duas lógicas a assessora técnica do Depto. Vigilância, Prevenção e Controle das DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde/MS relata o seguinte:

essa tensão entre saúde e segurança, ela transita nas várias áreas de atenção, nas várias formas de cuidado. É sempre assim. E a segurança vem sempre em primeiro lugar. Então eu acho que esse é um tensionamento que a gente vai ter sempre. A grande diferença é que, eu acho que de uma certa forma, a gente tem conseguido, ao longo do tempo, mostrar qual é o valor das ações de saúde [...]. Por quê? Como é que você consegue muitas vezes manter uma cela harmônica, digamos assim, dentro da sua necessidade, se tem alguém com dor de dente? (INFORMAÇÃO VERBAL)²¹

Diante disso, a necessidade de pautar o tema da saúde no MJ já estava sendo vislumbrada na gestação do PNSSP e “o componente inovador desse Plano era essa articulação das ações com o Ministério da Justiça, notadamente com o DEPEN, para a incorporação do componente saúde, como uma pauta importante no âmbito do Sistema Penitenciário por parte da Justiça” (INFORMAÇÃO VERBAL)²²

O financiamento do PNSSP é outro fator que denota a tensão entre a lógica da saúde pública e da segurança pública. Para financiar a saúde no sistema prisional, (BRASIL, 2003a) coube ao MS custear o correspondente a 70% do recurso para as ações de saúde e ao Ministério da Justiça o equivalente a 30% do recurso para fornecer a infraestrutura necessária à realização das ações de saúde. Em termos reais ficou estipulado o valor de R\$ 20.004,00/ano por estabelecimento

²¹ Entrevista realizada com a assessora técnica do departamento de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e hepatites virais/MS, 2013.

²² Entrevista realizada com a assessora técnica Depto. Vigilância, Prevenção e Controle das DST, AIDS e Hepatites Virais/MS em 2013.

prisional com até 100 pessoas presas e o valor de 40.008,00/ano para custear as unidades prisionais com 500 pessoas presos (as) ou mais.

O Diretor do DAPES, que assumiu a direção do departamento em 2011, diz a respeito do financiamento, que

havia uma espécie de negligência do Ministério da Saúde com essa área [ATSSP][...]. Fez um plano, pactuou, os estados aderiram, não aderiam. O financiamento que nós tínhamos era absolutamente ridículo, um orçamento de 11 milhões pra cuidar dos 400 mil presos da época. Faz um per capita daquilo, você vai ver que não dá para montar e para sustentar uma política. (INFORMAÇÃO VERBAL)²³

Nota-se que o valor de financiamento é anual, ou seja, muito aquém da real necessidade para efetivar a saúde no sistema prisional, que se encontra em situação calamitosa. Isso deixa transparecer que o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça não priorizavam investimentos para garantir à saúde às pessoas privadas de liberdade. Podemos dizer que essa desvalorização do PNSSP trazia dificuldades de atuação tanto para a própria ATSSP quanto para o DEPEN.

O manejo, pelo PNSSP, dos recursos humanos necessários para compor as equipes de saúde também expressa essa tensa relação entre saúde e segurança. Podemos constatar que apesar de ser admitida a existência de equipes mistas, compostas por profissionais da saúde, lotados nas secretarias estaduais de justiça e por profissionais oriundos das secretarias de saúde estaduais e/ou municipais, tal articulação não acontecia. Segundo a coordenadora de assistência jurídica, social e saúde do DEPEN/MJ,

até hoje tem alguns estados em que a prestação de saúde é ofertada pela secretaria de justiça. Como o SUS não entrava [no sistema penitenciário] [...] a secretaria de justiça assumia o preso, então ela mesma fazia o concurso só para servidores de saúde ligados à secretaria de justiça. Tem vários estados que são assim. (INFORMAÇÃO VERBAL)²⁴

²³ Entrevista realizada com o diretor DAPES-MS em 2013.

²⁴ Entrevista realizada com a coordenadora de assistência jurídica, social e saúde do DEPEN/MJ em 2013.

A tensão entre saúde e justiça presente no governo federal também produzia efeitos nas esferas estaduais e municipais. Para o coordenador da ATSSP,

quem é responsável pela atenção básica nos territórios, são os municípios. Então, [...] falando de atenção básica, a gente não tem como não envolver os municípios na discussão. E como o PNSSP fechava só com estados, pela lógica da justiça, a gente viu que os próprios estados estavam se mexendo e se articulando com os municípios para que eles assumissem a atenção básica e a saúde para a população privada de liberdade. (INFORMAÇÃO VBERBAL)²⁵

Essa tensão se intensifica ainda mais no momento de definir responsabilidades entre estados e municípios. Ora a saúde é fornecida pelas Secretarias Estaduais de Justiça, já que se entende, nesse raciocínio, que o presidiário (a) pertence à justiça, ora é oferecida pelas Secretarias Estaduais de Saúde, uma vez que o sistema prisional é de responsabilidade dos estados da federação (com exceção do sistema prisional federal), ou ainda é fornecida pelas secretarias municipais de saúde, visto essas serem responsáveis pela atenção primária de saúde, conforme prescrito no SUS. Nesse caso, o nó da questão está em saber de quem é a responsabilidade da oferta da saúde para as pessoas privadas de liberdade.

O problema da decisão sobre qual das esferas do Estado teria responsabilidade acerca da oferta de saúde para o sistema prisional traz consequências de ordem política para o país, conforme relatou o Diretor do DEPEN na reunião da Comissão Intergestores Tripartite – CIT de 28 de agosto de 2013:

quero dar um testemunho aqui. Estive em alguns cenários internacionais fazendo a defesa do país face às acusações. Estive em Genebra ano passado [2012], estive também ano passado em Washington, fazendo a defesa do país nessas cortes internacionais. E a questão da saúde é renovada. As recomendações vêm, as acusações vêm e o país senta lamentavelmente no banco dos réus. E aí, é o país, os municípios, os

²⁵ Entrevista realizada com o coordenador geral da ATSSP em 2013.

estados, o governo federal, todos nós que somos lamentavelmente colocados nessa condição. (INFORMAÇÃO VERBAL)²⁶

Ao articularmos os dois pontos analisados até agora, constatamos que, de modo geral, a tensão entre a lógica da saúde e a lógica da justiça, que comparece no governo federal, estadual e municipal, remete a um mesmo campo problemático, a saber: o da responsabilidade pela saúde das pessoas privadas de liberdade. O trato desse problema tem exposto a fragilidade do pacto federativo necessário para a efetivação do PNSSP no território nacional, na medida em que não há acordo sobre ser, a saúde dos internos, atribuição do Estado como um todo que exige a mesma implicação de cada um dos três entes da federação.

Sendo assim, a partir desse momento crítico do PNSSP, a ATSSP iniciou um processo de escuta, por meio de consulta pública e de oficinas regionais, com o objetivo de conhecer as realidades locais nas quais o PNSSP estava habilitado, de modo que se pudesse criar estratégias para estabelecer uma melhor sincronização entre o governo federal, estadual e municipal na execução do PNSSP.

2.3 Cartografando novos modos de formular política

Falar, portanto, de saúde pública ou saúde coletiva é falar também do protagonismo e da autonomia daqueles que, por muito tempo, se posicionavam como "pacientes" nas práticas de saúde, sejam os usuários dos serviços em sua paciência diante dos procedimentos de cuidado, sejam os trabalhadores eles mesmos, não menos passivos no exercício de seu mandato social.

BENEVIDES e PASSOS, 2005.

Entre os anos de 2009 e 2010, a ATSSP procedeu a uma ampla revisão do PNSSP, a fim de construir estratégias de adequação das exigências do plano às realidades dos estados e municípios de modo a superar as dificuldades que impediam a melhoria das ações de saúde direcionadas à população privada de

²⁶ Fala do diretor do DEPEN na Comissão Intergestora Tripartite-CIT em 2013.

liberdade. Foi então realizada uma consulta pública que possibilitou um maior diálogo com os estados e municípios, ampliando assim o debate sobre a saúde no sistema prisional na sociedade civil.

Participaram da consulta profissionais de saúde que atuam no sistema penitenciário, gestores estaduais e municipais, órgãos de classe e sociedade civil. A discussão sobre o plano foi dirigida à criação de subsídios que, posteriormente, contribuíram para formulação da PNAISP.

A consulta pública apontou para premência na construção de uma política que levasse em consideração não apenas os aspectos técnicos, mas toda a dinâmica do sistema prisional, para possibilitar maior êxito nas ações de saúde, como podemos ver nos dois trechos seguintes:

o atual modelo atende em sua plenitude as necessidades da população carcerária, basta que as equipes interdisciplinares de saúde sejam abastecidas dos equipamentos e medicamentos básicos para efetuarem atendimentos adequados e que o prontuário siga o interessado até a sua liberdade definitiva [progressão de regime], podendo as outras equipes fazerem os acompanhamentos devidos. (CONSULTA PÚBLICA COMENTÁRIOS, 2010c, p. 3).

faz-se fundamental a inclusão da população encarcerada das cadeias públicas, que se encontram hoje sem uma estratégia definida para acesso aos serviços de saúde. Dessa forma faz-se necessário tratar da população encarcerada e não somente a população penitenciária. (CONSULTA PÚBLICA JUSTIFICATIVA, 2010c, p. 3).

Diversos assuntos foram tematizados pelos participantes da consulta pública, dos quais destaco a relevância da maior participação social na elaboração, execução e avaliação das ações de saúde destinadas às pessoas encarceradas. Também foi sublinhada a importância de envolver o controle social, realizado pelos Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais, previstos pelo SUS, bem como os Conselhos Penitenciários, com suas questões relativas à saúde do sistema prisional. Além desses, frisou-se a necessidade de envolver os próprios presos na organização dos serviços de saúde no sistema prisional.

A participação efetiva da comunidade na gestão penitenciária e na defesa dos Direitos Humanos foi considerada de suma importância para o controle social das ações de saúde e das violações sofridas por uma parcela significativa da população privada de liberdade, sejam aquelas que dizem respeito à falta de acessos aos recursos do aparato legal e judiciário, sejam aquelas relativas à violência propriamente dita. Assim, os Conselhos da Comunidade foram ressaltados como instrumento de resgate da cidadania das pessoas privadas de liberdade.

De modo geral, a consulta pública indicou a importância de esclarecer os princípios que norteiam o PNSSP como Ética, Justiça, Direitos Humanos, Cidadania, Eqüidade, Qualidade, Intersetorialidade, transparência e Controle Social, destacando que as pessoas privadas de liberdade não estão desprovidas do seu direito à saúde. A ampliação do debate público sobre a saúde no sistema prisional expressou desafios que devem ser enfrentados nas três esferas de governo (federal, estadual, municipal).

Ficou evidenciada a urgência de um novo arranjo técnico e político entre a ATSSP/MS e o DEPEN/MJ para abarcar a complexidade do tema da saúde das pessoas privadas de liberdade. A partir do momento em que foi aberto o debate público sobre a saúde no sistema prisional brasileiro, explicitaram-se fragilidades do PNSSP, bem como a fragilidade do pacto federativo para incluir as pessoas privadas de liberdade no SUS. Consequentemente, surgia no debate a preocupação com a criação de estratégias para dar maior sustentabilidade a essa política de saúde.

A ATSSP, motivada pela experiência bem sucedida da consulta pública, incorporou no seu modo de trabalhar a ampliação do diálogo com os estados e municípios. Porém, isso não foi suficiente para resolver as fragilidades que envolviam o PNSSP. Para tanto, a ATSSP lança mão da estratégia de transformar o PNSSP, que é um programa de Governo, em uma política pública de Estado. Desta forma, em 2011, foi iniciado o processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP.

2.4 Cartografia da construção da PNAISP

A proposta de transição do PNSSP à PNAISP emerge numa nova realidade institucional do DAPES e da ATSSP. Em 2011, a nova direção do DAPES recebeu a incumbência de realizar, nesse departamento, a gestão de redes de saúde tomando como exemplo a gestão da Rede Cegonha, lançada no mesmo ano pela presidenta do Brasil Dilma Rousseff, cuja organização visava prover continuamente ações de saúde à população de um determinado território, por meio da articulação dos diferentes pontos de atenção à saúde considerando o sistema de apoio, o sistema logístico e a governança da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011b). Desta forma, a direção do DAPES opta por uma gestão mais transversal, ou seja, com maior interação entre as áreas técnicas que constituem o DAPES e entre este departamento e outros setores do governo federal.

Segundo o diretor do DAPES, era necessário dar um salto para criar algo mais estável do que um plano. Era precioso formular uma política de saúde para o sistema prisional pactuada entre os três entes da federação, de modo que esta passasse a ser da responsabilidade do Estado brasileiro como um todo, isto é, o pacto interfederativo precisava conseguir maior estabilidade, no que tange à responsabilidade sobre a saúde para o sistema prisional do país (INFORMAÇÃO VERBAL)²⁷

A estratégia de dividir a responsabilidade da oferta de saúde à população prisional entre os três entes da federação visou corrigir um problema histórico, visto que, até então, a saúde destinada a essa população, de acordo com a Lei de Execução Penal de 1984, era configurada como subsistema de saúde sob a responsabilidade do judiciário, não sendo, até então, prioridade do campo da saúde, do SUS.

Os municípios teriam que ser envolvidos de forma mais efetiva para oferecer diretamente a atenção básica de saúde que está sob sua responsabilidade. A dificuldade presente na portaria do PNSSP foi não ter definido claramente o envolvimento do município, principalmente no que diz respeito ao recebimento de

²⁷ Entrevista realizada com o diretor do DAPES em 2013.

recursos financeiros, decorrentes da adesão ao plano, como veremos mais adiante. Então, a iniciativa foi construir uma política de saúde para o sistema prisional em rede e com o estatuto de política de Estado, de modo a

mudar a lógica intramuros, que funciona como um subsistema de saúde paralelo ao SUS, para uma lógica mais aberta extramuros com o trabalho em rede, ou seja, transformar a unidade prisional em um ponto da rede de atenção básica de saúde, pactuada localmente com municípios e estados, fazendo com que a equipe de saúde se desloque de fora para dentro da unidade prisional produzindo uma comunicação, de modo que o sujeito doente, que se encontra preso, possa ser visibilizado pela rede, por meio, por exemplo, do acesso das informações do prontuário desse sujeito, que se encontra na unidade prisional. (INFORMAÇÃO VERBAL)²⁸

A implementação da nova direção levou a saúde prisional a seguir como modelo a rede cegonha, monitorada pela Casa Civil²⁹ que articula diversos ministérios. Dessa maneira, a ATSSP começou a movimentar a política de maneira similar, conforme podemos ver na fala do coordenador da ATSSP,

em vez da gente ir direto na questão da rede, monitorada pela Casa Civil, a gente falou: DEPEN. Vamos pensar o seguinte: vocês [DEPEN] não têm recurso. Vocês precisam transversalizar e abrir os muros [dos presídios]. Vamos pensar em transversalizar o máximo possível o sistema prisional? O que vocês acham de abrir as portas para a saúde, para a educação, para o trabalho? (INFORMAÇÃO VERBAL)³⁰

A proposta da ATSSP, feita ao DEPEN, de transformar o PNSSP em uma política pública no formato de rede, trouxe um novo ânimo aos dois setores. A estratégia começou a ser construída, porém, com muitos desafios a serem enfrentados, visto que a lógica reguladora das ações dirigidas às pessoas privadas de liberdade é a prisional, ou seja, “é a lógica de sequestro, é a lógica de tirar a

²⁸ Entrevista realizada com o coordenador geral da ATSSP em 2013.

²⁹ A Casa Civil é o órgão diretamente ligado à Presidência da República e sua missão é prestar assistência e assessoramento ao Presidente da República, especialmente nos assuntos relacionados com a coordenação e na integração das ações do Governo. O objetivo é avaliar e monitorar a ação governamental e dos órgãos e entidades da Administração Pública Federal, de modo a estabelecer o controle das metas e programas prioritários definidos pelo Presidente da República.

³⁰ Entrevista realizada com o coordenador geral da ATSSP em 2013.

pessoa de circulação e colocá-la ali” (INFORMAÇÃO VERBAL)³¹ na prisão como se ela tivesse perdido todos os direitos.

Cabia reverter a lógica, isto é, reconhecer e destacar, não somente que a população privada de liberdade se encontra em situação de vulnerabilidade devido às condições precárias do sistema prisional, mas que ao ser preso “cessa o direito de ir e vir e alguns direitos civis, como o direito de votar, de resto, os direitos estão preservados” (INFORMAÇÃO VERBAL)³². Portanto, afirmar que esta população era constituída de sujeitos de direitos, de acordo com a Constituição brasileira de 1988 e com os princípios dos Direitos Humanos, era essencial para incluí-la no SUS. Esse argumento foi endossado pelo DEPEN o que demonstra que nesse aspecto do problema ocorreu certa composição entre a lógica da saúde e a lógica da segurança.

O caráter público da política de saúde para o sistema prisional ganhou maior contorno quando foi tema da 14ª Conferência Nacional de Saúde³³, em 2011, cujo relatório final trouxe, por exemplo, a moção nº 4 que fazia um apelo ao MS e MJ com o seguinte teor:

os delegados e delegadas presentes à 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre os dias 30 de novembro e 4 de dezembro de 2011, em Brasília/DF, apresentam esta moção de apelo pela criação e implementação de uma Política Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário Brasileiro em substituição à Portaria Interministerial nº 1.777, de 2003, fomentando uma política de Estado que garanta o acesso e o acolhimento com qualidade na atenção básica, secundária e terciária para todas as pessoas privadas de liberdade ou em medida de segurança. (BRASIL, 2012, p. 122).

O indicativo para construção de uma política pública de saúde, voltada à população privada de liberdade, em substituição ao PNSSP, veio de novo à cena no 1º Encontro Nacional de Gestores de Saúde no Sistema Prisional, promovido pela ATSSP e o DEPEM, em 21 e 22 de maio de 2012. A concretização dessa

³¹ Entrevista realizada com o diretor do DAPES em 2013.

³² Entrevista realizada com o diretor do DAPES em 2013.

³³ A Conferência Nacional de Saúde (CNS) ocorre a cada quatro anos e sua última edição foi em 2011. É um dispositivo com instâncias colegiadas compostas por representantes dos diversos segmentos sociais. Nas reuniões da conferência se avalia e se propõe diretrizes para a formulação da política de saúde em âmbito municipal, estadual e nacional.

substituição ganhou institucionalidade com a publicação da Portaria Interministerial nº 1.679 de 12 de agosto de 2013, conforme Art. 1º (BRASIL, 2013) que institui “o Grupo de Trabalho Interministerial para a elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional – GTI/SISPE e o Comitê Técnico Intersectorial de Assessoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional”. A aprovação da Portaria Interministerial nº 1.679 veio a demonstrar que a estratégia de transversalização assumida pelo DAPES estava funcionando, pois conseguiu o envolvimento dos Ministérios de estado da saúde, da justiça e do desenvolvimento social e combate à fome, e Ministérios de estado chefes da secretaria de Direitos Humanos da presidência da república, da secretaria de políticas para as mulheres da presidência da república e da secretaria de políticas de promoção da igualdade racial da presidência da república.

2.5 Cartografia da elaboração da PNAISP

A elaboração da PNAISP, que se iniciou pela consulta pública mencionada acima, incorporou diversos pontos sugeridos nesse diálogo com a sociedade e ofereceu resposta a vários impasses verificados na revisão do PNSSP, relacionados, por exemplo, ao público alvo, financiamento, recursos humanos, gestão, processo de trabalho e princípios.

Dentre os avanços implementados pela PNAISP, em comparação ao PNSSP, destacamos o público alvo, que na PNAISP passou a contemplar não apenas as pessoas privadas de liberdade (homens e mulheres), sentenciadas ou em cumprimento de medida de segurança, como também aquelas que ainda estão à espera do julgamento e se encontram sob a custódia do Estado em caráter provisório. Ora, “se nós temos quarenta e poucos por cento de presos provisórios e eles estão em unidades pequenas (cadeias públicas e delegacias), nós precisamos cuidar dessas pessoas também” (INFORMAÇÃO VERVAL)³⁴. A ampliação do público alvo, através da inclusão dos(as) presos(as) provisórios(as) apresenta como objetivo garantir a inclusão, no SUS, de 100% da população privada de liberdade.

³⁴ Entrevista realizada com o coordenador geral ATSSP em 2013.

Se o PNSSP se aplicava ao sistema penitenciário, agora, a PNAISP se aplica ao sistema prisional como um todo.

A ampliação da cobertura do público alvo da PNAISP acompanhou o aumento dos recursos financeiros, bem como a reestruturação das equipes básicas de saúde. Se no PNSSP (BRASIL, 2003a) o incentivo podia alcançar o valor de R\$ 40.008,00/ano por equipe de saúde implantada, na PNAISP (BRASIL, 2014a) o financiamento foi estipulado por mês podendo alcançar o valor de R\$ 42.949,96/mês. Além disso, foi definida uma complementação dos valores, tanto para estados quanto para municípios, com o objetivo de induzi-los a aderirem à PNAISP. Segundo o diretor do DAPES isso é devido a

toda uma engenharia, que nós produzimos coletivamente em relação ao reconhecimento das dificuldades que boa parte dos municípios têm em assumir responsabilidades sobre a saúde no sistema prisional. E reconhecemos isso, inclusive, incorporando um índice de compensação que foi, acho, um ganho que nós conseguimos produzir entre as três bancadas. (INFORMAÇÃO VERBAL)³⁵

A composição da equipe mínima de saúde definida no PNSSP era formada por 7 especialistas (médico, dentista, psicólogo, assistente social, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário), e de natureza mista, pertencentes tanto às secretarias estaduais de justiça quanto às secretarias estaduais de saúde. Na PNAISP, a origem dos profissionais continua sendo mista, mas segundo as normas operacionais descritas na portaria nº 482 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b), as equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) foram estruturadas de maneira bem mais especializada, sendo divididas em três modalidades de Equipe de Atenção Básica Prisional – EABP, variando em tipo I, II e III, com ou sem saúde mental.

Segundo a PNAISP, na formação das equipes de saúde, os gestores podem lançar mão também do profissional de farmácia e de terapia ocupacional, do nutricionista, do fisioterapeuta, do médico psiquiatra, além daqueles componentes já citados no PNSSP, incluindo ainda a equipe de saúde mental. Essa nova e mais

³⁵ Entrevista realizada com o diretor do DAPES-MS em 2013.

ampla composição, na esfera dos recursos humanos, objetiva oferecer maior flexibilidade aos gestores na montagem da equipe face aos profissionais de que dispõe, em cada momento, para atender ao perfil epidemiológico, que varia bastante e de acordo com outras particularidades da realidade de cada estado ou município.

Quanto à gestão da PNAISP, o ponto diferencial é a indução à municipalização, que no PNSSP não estava ainda bem definida, concentrando a responsabilidade sobre a saúde prisional nos estados. A ideia de fortalecer a participação dos municípios na saúde destinada às pessoas privadas de liberdade advém de experiências que ocorriam no território, isto é, na relação que alguns estados e municípios estabeleciam entre si para dividir a responsabilidade sobre a saúde prisional, como é o caso do estado do Rio Grande do Sul (INFORMAÇÃO VERBAL)³⁶. Esse tipo de organização demonstra o caráter descendente da política, já que a PNAISP é proposta pelo governo federal aos estados e municípios e, ao mesmo tempo, seu caráter ascendente, uma vez que incorpora na sua formulação experiências existentes no território que se aproximavam da lógica do SUS.

A estratégia de indução à municipalização, presente na PNAISP, foi estabelecida em conformidade com a organização do SUS, pois cabe aos municípios a responsabilidade pela atenção básica de saúde. Sabendo das dificuldades dos municípios em assumirem a política, provocou-se a aproximação da ATSSP com os municípios, conforme podemos perceber na fala do assessor técnico do ATSSP:

a gente tem mais de um ano de estrada discutindo essa política, e o município sabe que a desassistência que existe hoje, relativa ou absoluta, termina na porta do pronto socorro dele. Na hora que o preso está realmente muito grave ele vai para o pronto socorro do município e é muito mais caro e é muito mais difícil ser manejado numa situação de urgência. Os municípios, portanto, estão com bastante interesse em estar recebendo essa política, com toda responsabilidade que isso traz, porque a partir do momento em que o estado assina a política, é o SUS estadual que se compromete, e, a partir do momento em que o município assina a política, é o SUS municipal que traz para ele a questão das responsabilizações sobre a saúde do preso. (INFORMAÇÃO VERBAL)³⁷

³⁶ Entrevista realizada com o coordenador adjunto da ATSSP em 2013.

³⁷ Entrevista realizada com o assessor técnico da ATSSP em 2013.

Embora a participação dos municípios na saúde do sistema prisional continue facultativa, a estratégia de municipalização busca dar resposta ao impasse relativo à gestão interfederativa do PNSSP, na medida em que os três entes da federação (o governo federal, estadual e municipal) passam a ser responsabilizados pela saúde das pessoas privadas de liberdade.

Um dos pontos mais crítico da saúde ofertada no sistema prisional está relacionado aos processos de trabalho dos profissionais que esbarram em impasses oriundos da difícil relação entre a lógica da saúde e a lógica da segurança. Como demonstramos mais acima, as práticas de saúde ficam subordinadas à lógica da segurança e essa subordinação produz efeitos despotencializadores nos trabalhos realizados nas prisões, bem como na formulação da política de saúde para o sistema prisional. Para contornar essa situação, está previsto na PNAISP a constituição de grupo condutor para acompanhar a implantação da PNAISP, tendo como um dos objetivos descrito no Art 19º (BRASIL, 2014a) “apoiar a organização dos processos de trabalho voltados para a implantação e implementação da PNAISP nos estados e no Distrito Federal”.

Cabe ao grupo condutor, entre outras tarefas, fazer o monitoramento da gestão dos recursos humanos disponíveis no momento da implantação da PNAISP. A gestão dos recursos humanos permite direcionar os profissionais para as atividades relativas à saúde, evitando a sobreposição de tarefas nos campos distintos da justiça criminal e da saúde, como já estava previsto na legislação referente ao PNSSP.

as EPENs não têm atribuições periciais, ou seja, os/as psicólogos/as e assistentes sociais que as compõem não têm como tarefa realizar exames criminológicos. Além disso, segundo revisão recente da LEP/1984, dada pela Lei nº 10.792, de 1º de dezembro de 2003, esses(as) e outros(as) profissionais – como os(as) médicos(as) – estão desobrigados/as a realizar exame criminológico. (BRASIL, 2010b, p. 18).

De modo geral, a PNAISP interfere no processo de trabalho, ao estimular a capacitação/sensibilização dos agentes penitenciários a questões relativas à oferta da saúde à população privada de liberdade. Ela incentiva a inserção do tema da

saúde no sistema prisional, nas escolas penitenciárias e entre os custodiados, e apoia a discussão sobre as ações e programas em saúde prisional, envolvendo o Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP). O objetivo é eliminar a tensão, a concorrência entre a lógica da justiça criminal e os princípios do SUS.

2.6 Movimentos sociais que mobilizam a saúde no sistema prisional

Outro avanço da PNAISP foi a preocupação com o respeito aos Direitos Humanos, à diversidade e com a participação popular. Vale destacar o Art. 3º da PNAISP:

I - respeito aos direitos humanos e à justiça social;

[...]

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

[...]

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, 2014a, p. 2).

E ainda sobre este tema, sublinhamos o Art. 4º item IV da PNAISP, que expõe como diretriz o “respeito à diversidade étnico-racial, às limitações e às necessidades físicas e mentais especiais, às condições econômico-sociais, às práticas e concepções culturais e religiosas, ao gênero, à orientação sexual e à identidade de gênero” (BRASIL, 2014a). Esses princípios e diretrizes resultaram da proposta da PNAISP de escutar a comunidade e, portanto, contemplam propostas de dois movimentos sociais atuantes no Brasil que são a luta antimanicomial e o movimento LGBT.

O segmento populacional LGBT também foi contemplado na PNAISP pela inclusão da resolução conjunta nº1 de 15 de abril de 2014, aprovada pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP) e pelo Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD/LGBT), cujo objetivo é “estabelecer os parâmetros de acolhimento de LGBT em privação de liberdade no Brasil” (BRASIL, 2014c). Os parâmetros de acolhimento levam em conta reivindicações do movimento LGBT como, por exemplo, o uso do nome social:

artigo 2º A pessoa travesti ou transexual em privação de liberdade tem o direito de ser chamada pelo seu nome social, de acordo com o seu gênero.

[...]

parágrafo único. O registro de admissão no estabelecimento prisional deverá conter o nome social da pessoa presa. (BRASIL, 2014c, p. 2).

Uma das metas da resolução é garantir o direito à identidade de gênero de travestis e transexuais durante a permanência no sistema prisional. Permite, por exemplo, que transexuais e travestis possam manter o corte de cabelo e as vestimentas femininas. De modo geral, a resolução representa o reconhecimento pelo Estado brasileiro das especificidades da situação da população LGBT e busca, assim, garantir os direitos desse segmento ainda mais marginalizado e vulnerável, visto sofrerem dupla condenação, a decorrente do cumprimento da pena e a do impedimento de expressar a identidade sexual.

O Movimento de Luta Antimanicomial brasileiro também foi considerado pela PNAISP. Este é uma referência importante na luta para a garantia dos Direitos Humanos, tendo sido influenciado pela experiência de desinstitucionalização psiquiátrica, promovida por Franco Basaglia, nos anos de 1960 na Itália. Aqui no Brasil, o movimento foi protagonizado pelos trabalhadores de saúde mental uma década mais tarde. A desinstitucionalização da loucura intervém sobre a lógica asilar como modo de responder a problemas complexos, num confronto direto às instituições totais.

Como decorrência da escuta a esse movimento, foi instituída a reforma psiquiátrica brasileira, por meio da Lei Paulo Delgado (BRASIL, 2001c), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A Lei reconhece o portador de transtorno mental como sujeito de direito.

O foco da Luta Antimanicomial, inicialmente, estava dirigido exclusivamente aos portadores de transtorno mental internados em manicômios, porém, atualmente, o movimento de desinstitucionalização da loucura lança luz sobre todo o campo prisional, explicitando suas estratégias disciplinares e de confinamento, prejudiciais ao processo de cuidado adequado, direcionado às pessoas com sofrimento mental em conflito com a Lei. Segundo o coordenador de saúde mental da ATSSP,

a Lei 10.216 vem com a perspectiva de substituição dos modelos asilares. Os Manicômios Judiciários, os HCTP's, os Hospitais de Custódia e tratamento Psiquiátrico, as alas de tratamento psiquiátricos, funcionam numa perspectiva asilar; numa perspectiva de segregação do indivíduo para um possível tratamento. (INFORMAÇÃO VERBAL)³⁸

Em sintonia com a Luta Antimanicomial, a PNAISP toma para si a preocupação com o redirecionamento de práticas existentes de atenção às pessoas com sofrimento mental em conflito com a lei. Foi incorporada à PNAISP a portaria nº 94 que “institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2014d). Segundo o coordenador de saúde mental da ATSSP, tal portaria é resultado de uma inquietação, já que

a Reforma Psiquiátrica, [...] nunca teve um capítulo específico para pensar e olhar essas pessoas. Então, isso era uma inquietação que os Movimentos da Luta [Antimanicomial] tinham, que a sociedade tinha. [...] Um incômodo que a Coordenação de Saúde Prisional também tinha, para olhar para esses indivíduos. (INFORMAÇÃO VERBAL)³⁹

³⁸ Entrevista realizada com o assessor de saúde mental da ATSSP em 2013.

³⁹ Entrevista realizada com o assessor de saúde mental da ATSSP em 2013.

Certamente, essa portaria toca num ponto charneira da difícil relação entre saúde pública e justiça criminal, uma vez que aborda o tratamento do portador de transtorno mental em conflito com a Lei, que vem sendo duplamente excluído da sociedade, na medida em que é objeto de encarceramento para a justiça, na condição de criminoso e objeto de asilamento para a saúde mental na condição de louco. Tal situação coloca esse sujeito num impasse que o coordenador de saúde mental da ATSSP descreve da seguinte maneira,

quando a gente fala do louco, do chamado louco infrator, da pessoa que está em medida de segurança, essa pessoa sequer foi considerada pelo Juiz um indivíduo capaz de ser penalizado, porque ele foi considerado inimputável. Quer dizer, no momento do ato, no momento do crime ele não tinha consciência do delito. Então, ele foi inimputável no processo. É injustificável que uma pessoa que seja inimputável, ou seja, sem condições de assumir e responder pelo ato que teve, continue sob a tutela da Justiça. Evidentemente, a justiça deve e pode fazer o processo de acompanhamento da evolução daquele indivíduo e o acompanhamento na recuperação dessa cidadania, mas o que ela não pode é dizer como se recupera a cidadania daquele indivíduo porque ela não tem essa resposta. (INFORMAÇÃO VERBAL)⁴⁰

Para lidar com esse impasse, relacionado ao modo de tratamento do portador de sofrimento mental em conflito com a Lei, a ATSSP formulou a portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014, que propõe a reorientação do modelo de assistência em saúde mental para as pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei, sob a tutela do Estado Brasileiro.

Segundo o coordenador de saúde mental da ATSSP, esta portaria está embasada em experiências de reinserção das pessoas em medida de segurança na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ou na rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), tal como realizadas pelo Programa de Atenção Integral Paciente Judiciário (PAIPJ) e pelo Programa de Atenção Louco Infrator (PAILI).

O acompanhamento de políticas públicas propostas pelo Estado, assim como o monitoramento, avaliação, produção de dados e conhecimento da situação da população LGBT e dos portadores de transtorno mental em conflito com a lei é

⁴⁰ Entrevista realizada com o assessor de saúde mental da ATSSP em 2013.

fundamental para a garantia dos direitos desses segmentos marginalizados e vulneráveis. A contemplação da Luta Antimanicomial e do movimento LGBT na formulação da política de saúde para as pessoas privadas de liberdade são dois exemplos da participação social na formulação da PNAISP.

2.7 Um ponto de chegada na cartografia da saúde prisional

Iniciamos esse trabalho com uma citação, na qual os autores dizem que “da política de governo à política pública não há uma passagem fácil e garantida” (BENEVIDES e PASSOS, 2005, p. 391). Essa afirmação vem ao encontro da cartografia realizada sobre a construção da PNAISP, uma vez que esta política depende de pactuações que envolvem instâncias governamentais, bem como a sociedade civil, para a reformulação das práticas concretas do cotidiano do sistema prisional, para o qual ela se destina.

A cartografia nos mostrou que o PNSSP cumpriu um papel político importante, na medida em que colocou, na pauta das três esferas de governo, o tema da atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade, traçando, assim, o início e o percurso necessário para a formulação da PNAISP. Na sua construção e implementação, esta, agora, apresenta como maiores obstáculos a serem enfrentados: (1) a relação interfederativa, da qual depende o êxito da responsabilização do governo federal, estadual e municipal para efetivar a PNAISP no território nacional; (2) a relação dissimétrica entre a lógica da saúde e a lógica da justiça criminal, na qual aquela está subordinada a esta; bem como (3) a implicação da sociedade civil no debate sobre a saúde no sistema prisional, visto tratar-se de um direito da população privada de liberdade.

Sobre a relação interfederativa, em 29 de agosto de 2013, a portaria da PNAISP foi pauta na reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Neste momento, o diretor do DAPES representando o Ministério da Saúde e o diretor do DEPEN representando o Ministério da Justiça defenderam a aprovação da PNAISP perante os representantes do CONASS e do CONASEMS. Em que pese os

esforços argumentativos, a portaria não foi aprovada por falta de consenso entre as duas bancadas. Por um lado, a CONASEMS tinha o entendimento de serem os estados os responsáveis pela saúde no sistema prisional. Por outro lado, o CONASS entendia que a responsabilidade cabia ao Estado brasileiro, portando, devendo cada ente da federação (governo federal, estadual, municipal) arcar com sua parcela de responsabilidade, conforme prescrita no SUS.

Diante dessa circunstância, o encaminhamento dado ao impasse foi político, cabendo ao Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e diretores do CONASS e CONASEMS a resolução do problema estabelecido entre as duas instituições, a fim de que a PNAISP fosse aprovada na Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 26 de setembro de 2013 e publicada no diário oficial no dia 2 de janeiro de 2014.

Essa situação exemplificada acima anuncia o grau de dificuldade da pactuação que a ATSSP encontrará com os estados e municípios para que esses adiram à PNAISP, que deverá substituir o PNSSP até o ano de 2019, assim como indica que a pactuação, para além dos aspectos técnicos da gestão, é primordialmente política. É através do diálogo entre os gestores estaduais, municipais e sociedade civil que a PNAISP poderá ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e ser incluída nos planos de ação dos estados e municípios que aderirem à política. Sobre o conteúdo desse diálogo, o processo cartográfico detectou alguns aspectos importantes que sugerimos ser abordados na continuidade do processo de pactuação, assegurando a transição do PNSSP a PNAISP.

Na pactuação da PNAISP nas instâncias do Ministério da Saúde, do Ministério da Justiça, do Conselho Nacional de Saúde, da Comissão Intergestores Tripartite e nos encontros com gestores de estados e municípios, foi possível perceber o conflito existente na relação entre o campo da saúde e o campo da justiça criminal. No entanto, em algumas situações percebe-se a possibilidade da criação de aberturas à composições. Por exemplo, na 250ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em outubro de 2013, na qual ATSSP e DEPEN conjuntamente submeteram a PNAISP à aprovação, foi consenso o quanto esse

conflito dificulta a efetivação da saúde no sistema prisional, como podemos ver expresso na seguinte fala:

as angústias que apertam o coração de cada um aqui, principalmente a relação entre segurança e saúde é crítica. Eu não tenho dúvida de que hoje o que a gente vê nos estabelecimentos penais realmente é uma sobreposição e algumas ações [de saúde] não conseguem sair em nome da segurança. Não tenho dúvidas de que isso é um grande desafio. [...] Eu entendo realmente que é uma grande angústia e essa é uma angústia nossa e por isso a gente vem pactuando sempre em conjunto. Essa não é uma política que está sendo discutida só no âmbito do Ministério da Saúde. A gente vem discutindo isso também no âmbito da justiça. Entendo também que quem tem a chave do cadeado é a justiça e que ela vai ter que abrir a porta, senão a política [PNAISP] não entra. (INFORMAÇÃO VERBAL)⁴¹

Nesse contexto de aprovação da PNAISP, podemos ver que a ATSSP e o DEPEN apresentaram discursos convergentes. Percebemos que, na construção da PNAISP, como política interministerial, a ATSSP, que atua a partir da lógica da saúde, e o DEPEN, que trabalha com a lógica da justiça criminal, conseguiram uma boa composição, apesar das diferenças entre si. Isso demonstra que os princípios que constituem o SUS são capazes de interferir na lógica meramente punitiva e que a dissimetria de poder existente entre a justiça criminal, baseada na Lei de Execução Penal (LEP) de 1984, referida ao período militar, e o SUS, contextualizado no período de promulgação da Constituição Federal de 1988, pode ser bem trabalhada.

Nesse sentido, entendemos que a mesma atitude aberta à composições deve estar presente na pactuação em âmbito estadual e municipal, caso almeje atingir os profissionais da saúde e da segurança, no seu cotidiano do sistema prisional.

A estratégia da transversalização dos saberes e práticas de saúde, utilizada para construir a PNAISP em âmbito federal, é outro ponto a ser tratado na pactuação com estados e municípios, na medida em que é através dela que é possível traçar a rede necessária para conhecer, por um lado, os reais problemas de saúde presentes no sistema prisional e, por outro lado, vislumbrar os recursos

⁴¹ Entrevista realizada com a coordenadora geral de reintegração social e ensino do DEPEN/MJ em 2013.

disponíveis na rede de saúde do território em que estão inseridos os estabelecimentos prisionais.

Entendemos que a estratégia de transversalização permite, por exemplo, conhecer quais são os problemas reais de saúde que atingem as mulheres privadas de liberdade e como a política nacional de saúde da mulher pode alcançar esse segmento da população privada de liberdade no território local. Que tipos de enfermidade podem adquirir as crianças que estão com suas mães em presídios femininos e como a política nacional de saúde das crianças pode entrar nesses locais. O mesmo vale para a saúde dos homens, que são maioria no sistema prisional.

Em suma, é sabido que os presídios, na sua maioria, em decorrência das suas condições estruturais insalubres e da superlotação, são locais propícios para proliferação, por exemplo, doenças infectocontagiosas (tuberculose, DST/AIDS, etc.) que atingem tanto a população prisional quanto o território onde se encontram esses presídios. Nesse sentido, é necessário transversalizar os saberes e práticas de cuidado de forma a lidar com as enfermidades que se potencializam em espaços de confinamento como são os estabelecimentos prisionais.

Nesse contexto da rede de cuidado surge outro ponto que consideramos de grande pertinência para o diálogo necessário à pactuação da PNAISP. Atentamos para a participação da sociedade civil, cujo papel é fundamental na proposição de temas imprescindíveis à PNAISP, tal como aconteceu durante a realização da consulta pública, da escuta ao movimento da Luta Antimanicomial e do movimento LGBT. Entendemos que, malgrado o sistema prisional constituir-se em um espaço de confinamento, os efeitos da ausência de cuidados destinados às pessoas privadas de liberdade extrapolam os muros, pois doenças como, por exemplo, as infectocontagiosas não permanecem intramuros. Logo, o sistema prisional precisa ser pensado como uma questão de saúde coletiva que envolve a sociedade civil.

Sendo assim, entendemos que a rede de cuidado especializado, que envolve a saúde da família, atenção psicossocial, consultório de rua, rede de atenção ambulatorial, urgência e emergência, vigilância sanitária e epidemiológica, etc., deve ser mobilizada para prestar a atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade, a

fim de que essa população possa ser incluída definitivamente no SUS. Para tanto, a mobilização deve ser feita conjuntamente com a sociedade civil e com os movimentos sociais presentes no território no qual está inserido o sistema prisional, uma vez que eles podem indicar modos de cuidados que valorizem a dignidade humana, tal como aconteceu nas experiências de desinstitucionalização de pessoas em medidas de segurança, nos estados de Minas Gerais e Goiás, e também na experiência de organização de ala específica para a população LGBT, no presídio central de Porto Alegre-RS.

A orientação da cartografia para a pactuação nas três esferas de governo (federal, estadual, municipal) é, portanto, evitar o confronto e, diferentemente, criar condições para a transversalização de lógicas distintas (segurança e cuidado) para assim construir modos de cuidar, ao mesmo tempo eficientes e éticos, imprescindíveis à construção do sistema prisional como espaço para o exercício de direitos dos cidadãos.

CAPÍTULO 3 Relação entre forças instituintes e forças constituídas na construção de políticas públicas

A pesquisa sobre a saúde para o sistema prisional entre muitas coisas indicou uma orientação para a efetivação da PNAISP no sistema prisional. O ponto forte dessa indicação foi a participação social na construção da política de saúde prisional. Essa participação aparece na forma da consulta pública, momento em que no ministério da saúde os gestores buscaram escutar o que a sociedade tem a dizer e contribuir para a formulação de uma política de saúde para o sistema prisional. Esse momento concerne à vigência do PNSSP, que ao longo de sua existência foi se modificando até se transformar na PNAISP. Na passagem do PNSSP à PNAISP escutar a sociedade foi estratégico. Essa escuta foi realizada por meio de consulta pública e em eventos propostos pela coordenação de saúde prisional do ministério da saúde, no conselho Nacional de Saúde, entre outros.

No entanto, no que pese a importância da escuta para a transformação do PNSSP na PNAISP a relação interfederativa entre governo federal, estadual e municipal; a relação dissimétrica entre a lógica da saúde e a lógica da justiça criminal, bem como a implicação da sociedade na construção da política pública de saúde para o sistema prisional face ao poder constituído, caracterizam obstáculos para a efetivação da PNAISP nas prisões brasileiras.

Desses três obstáculos propomos problematizar o tipo de relação entre sociedade e poder constituído na construção de políticas públicas, pois entendemos que tal problema é pano de fundo no qual se desdobram as questões relativas à relação interfederativa e à relação entre justiça e saúde que concernem à PNAISP. Ora, na cartografia foi possível compreender que uma política pública passa necessariamente pela participação da sociedade no processo instituinte. Entretanto, isso não foi suficiente para entender o que se passa na relação entre forças constituídas e forças instituintes na construção de políticas públicas. Para realizar tal problematização propomos um diálogo com a análise institucional de René Lourau e a filosofia política de Antonio Negri.

3.1 Perspectiva dialética da relação instituinte/instituído

O Movimento Institucionalista⁴² compreende a sociedade como uma rede de instituições, isso é, “um tecido de instituições que se interpenetram e se articulam entre si para regular a produção e a reprodução da vida humana sobre a terra e a relação entre os homens”. (BAREMBLITT, 2002, p. 27). Pertencente à Análise Institucional, uma das correntes do movimento institucionalista, René Lourau, afirma que o termo instituição possui diversas acepções:

primeiro, as instituições são normas. Mas elas incluem também a maneira como os indivíduos concordam, ou não, em participar dessas mesmas normas. As relações sociais reais, bem como as normas sociais, fazem parte do conceito de instituição. Seu conteúdo é formado pela articulação entre a ação histórica de indivíduos, grupos, coletividades, por um lado, e as normas sociais já existentes, por outro. Segundo, a instituição não é um nível da organização social (regras, leis) que atua a partir do exterior para regular a vida dos grupos ou as condutas dos indivíduos; atravessa todos os níveis dos conjuntos humanos e faz parte da estrutura simbólica do grupo, do indivíduo. Logo, pertence a todos os níveis da análise: no nível individual, no da organização (hospital, escola, sindicato), no grupo informal, bem como no formal, encontramos a dimensão da instituição. (...) O termo instituição pode referir-se também às constituições políticas, às leis, aos aparelhos encarregados da execução e do controle dessas leis, bem como aos preconceitos, às modas, às superstições etc. (LOURAU, 2004, pp. 71-72).

Segundo Barembritt (2002) uma instituição é composta pela vertente instituinte e pela vertente do instituído. Ambas, garantem uma dinâmica institucional, na qual o instituinte está para a instituição como processo, enquanto que o instituído está para ela como resultado. Podemos dizer que as forças instituintes são aquelas ligadas às práticas de contestação, às atividades revolucionárias e criativas, transformadoras por excelência, isto é, são forças produtoras do novo que marcam o momento das transformações institucionais garantindo uma característica dinâmica

⁴² O movimento Institucionalista é “um conjunto aberto e internamente diversificado de correntes que mostram certos valores em comum, bem como marcadas diferenças. (...) Compreende numerosos saberes e fazeres que tomam por objeto os coletivos sociais no que se refere às lógicas que os regem, às formas concretas em que essas se “materializam”, às finalidades que perseguem e à medida que as alcançam, assim como aos recursos que empregam para obtê-las. Em outras palavras: ocupam-se das instituições, organizações, estabelecimentos e equipamentos, assim como dos agentes e práticas que estes protagonizam.” (BAREMBLITT, 2002, p. 108).

das instituições. As forças instituídas são aquelas que realizam a manutenção do status quo, ou seja, são reprodutoras do mesmo e resistem às mudanças. Elas sustentam uma característica estável das instituições no sentido de sua conservação.

Tais diferenças que caracterizam as forças instituintes e instituídas indicam que “desde suas origens, a corrente institucionalista pôs ênfase na relação antagonista [dialética] entre o instituinte e o instituído e nos processos ativos da institucionalização” (LOURAU, 2004, p. 73). Entretanto, o próprio Lourau alerta para o risco de mascarar a articulação de complementaridade e ao mesmo tempo de luta dessas forças nas instituições. Nesse sentido, Lourau (2004, p. 63) afirma o seguinte:

a sociedade instituinte ameaça a sociedade instituída; porém a sociedade instituída precisa da sociedade instituinte para progredir, ao passo que a sociedade instituinte necessita da sociedade instituída para erguer seu projeto de transformação permanente. (LOURAU, 2004, p. 63).

É essa problemática da relação entre as forças instituintes e instituídas que nos interessa discutir, isto é, o que se passa entre as forças instituintes e instituídas no processo de institucionalização das instituições e de políticas públicas. Ora, se a relação comporta complementaridade e luta ao mesmo tempo, por que dar ênfase num antagonismo dialético entre tais forças? Apesar de se tratar de um “combate”, isto significa que seja, necessariamente, entre adversários que se encontram em posições opostas, que se bloqueiam? Tais questões complexificam o campo da Análise Institucional e por essa razão nos suscitam a reflexão.

O problema, “o que se passa entre as forças instituintes e as forças instituídas”, objeto de estudo do presente trabalho, faz convergir uma multiplicidade de campos de saberes. Encontramos o problema da relação entre forças instituintes e forças instituídas no Movimento Institucionalista, especificamente, na Análise Institucional de René Lourau, como também nas ciências jurídicas e na filosofia política.

Na análise institucional, René Lourau, no texto *Instituinte contra o instituído*, trata o problema de modo a afastar uma perspectiva maniqueísta da relação instituinte/instituído, que do seu ponto de vista se encontra mascarada no conceito de instituição (LOURAU, 2004). Para especificar o conteúdo das duas forças Lourau questiona o sentido estrito do conceito de instituição descrito, tradicionalmente, pelo campo das ciências jurídicas que o designa como:

diversas categorias de corpos constituídos e de organismos oficiais que servem para a regulação da vida política, para a administração da sociedade. O Estado, por exemplo, é um conjunto de corpos constituídos e de instâncias (coletivas ou individuais) que denominamos instituições: Presidência da República, Congresso Nacional, Senado, Conselho Económico e Social, Corte Suprema, Conselho de Estado, Tribunal de Contas, Corte de Cessação, Chancelaria da Legião de Honra, Ministérios. (LOURAU, 2004, p. 48).

Essa definição é equívoca, pois confunde o nível organizacional com o nível institucional, bem como instituição e Direito (LOURAU, 2004). A confusão ocorre porque mistura o aparelho jurídico que organiza o campo de aplicação das práticas jurídicas com a instituição. Confunde, por exemplo, o ato de instituir e promulgar uma lei com a própria aplicação da lei.

Segundo Lourau (2004), a definição tradicionalmente dada ao conceito de instituição pelas ciências jurídicas está equivocada, na medida em que recobre indistintamente níveis de realidades diversos, que envolvem instâncias individuais, coletivas e organizacionais, assim como códigos escritos ou não escritos mais ou menos organizados em aparelhos jurídicos. Desta forma,

as instituições são normas. Mas elas incluem também a maneira como os indivíduos concordam, ou não, em participar dessas mesmas normas. As relações sociais reais, bem como as normas sociais, fazem parte do conceito de instituição. Seu conteúdo é formado pela articulação entre a ação histórica de indivíduos, grupos, coletividades, por um lado, e as normas sociais já existentes, por outro. (LOURAU, 2004, p. 71).

Sendo assim, as instituições são sistemas de regras que se fazem presentes a nível individual, grupal e organizacional. As instituições, enquanto sistemas de regras combinados, atravessam todos esses níveis e formam o tecido institucional da sociedade. Por exemplo, chamemos o prédio da prisão de estabelecimento, mas sua construção panóptica⁴³ faz desse estabelecimento uma instituição, uma vez que a disposição arquitetônica define um sistema de vigia. Somam-se a esse sistema de vigia outras instituições, por exemplo, a instituição fabril, na qual os presos trabalham; ou escolares, nas quais estudam, entre outras. Assim, esse conjunto de instituições forma o estabelecimento prisional.

Tradicionalmente, a sociologia e a antropologia assimilam as instituições ao instituído, cuja função é impor do exterior uma regulação da sociedade, de modo a garantir a coesão social. Essa perspectiva escamoteia a face instituinte das instituições. A análise institucional de Lourau, por sua vez, vem tirar da sombra essa face instituinte e mostrar como ela está necessariamente relacionada com as instituições.

3.2 O conceito de instituição segundo sua universalidade

Para desfazer a confusão conceitual, Lourau (2004) explica o conceito de instituição analisando-o segundo sua universalidade, particularidade e singularidade, numa perspectiva antagônica dialética, de modo a elaborar a oposição entre forças instituintes e forças instituídas na relação com as instituições.

A fim de extrair a riqueza dialética de tal oposição, o autor apresenta os conceitos de “surrealismo” e “sub-realismo” formulados no campo da linguagem por Gabel:

⁴³Segundo Michel Foucault, “o Panóptico tornou-se, por volta dos anos 1830-1840, o programa arquitetural da maior parte dos projetos de prisão. Era a maneira mais direta de traduzir ‘na pedra a inteligência da disciplina’; de tornar a arquitetura transparente à gestão do poder; de permitir que a força ou as coações violentas fossem substituídas pela eficácia suave de uma vigilância sem falha; de ordenar o espaço segundo a recente humanização dos códigos e a nova teoria penitenciária [...]” (FOUCAULT, 2004, p. 209).

por um lado, o "sub-realista" se identifica totalmente às normas, às hierarquias e às pessoas que as encarnam. No domínio da patologia da linguagem estudada por Gabel, a postura sub-realista caracteriza-se, entre outras coisas, pela "compulsão de identificação", o "racionalismo mórbido" e a "apreensão insuficientemente estruturada do real. O "surrealista", por outro lado, é caracterizado por uma "falta de identificação"; está afetado de "realismo mórbido", de uma "apreensão excessivamente estruturada do real". (1962 apud, LOURAU, 2004, p. 56).

Ainda segundo Lourau (2004), o "surrealismo" e "sub-realismo" são dois tipos ideais de relações com as instituições. Podemos dizer que ambos esboçam um sentido universal das relações com as instituições, que não se confere, porém, empiricamente, apenas no plano da semiologia. Considerando essas ponderações não faria sentido abordar o instituinte absolutamente apartado do instituído. Embora sejam forças divergentes, há relação entre elas. Sendo assim, na medida em que Lourau demonstra a ligação existente entre as forças, a confusão ao redor do conceito de instituição se apaga, bem como o seu caráter universal.

O autor aborda o conceito de instituição por meio da análise do Estado, organizações e comunidade. Conforme descrito na citação acima, a instituição Estado é um corpo constituído por níveis de realidades distintos articulados por meio de cada instância, organizações ou órgão. Ainda que sejam singulares, cada nível de realidade cumpre função particular nesse corpo constituído que é o Estado. Desta forma, a instituição Estado é composta de uma heterogeneidade de particulares. Considerar a heterogeneidade que compõe uma instituição é o primeiro passo para desfazer a confusão conceitual e a perspectiva maniqueísta entre as forças instituintes e instituídas.

Entretanto, é necessário ir além, já que a instituição Estado não é uma instância fechada em si. Lourau (2004) cita, por exemplo, as práticas sociais que envolvem as estruturas mercantis de trocas e que a ideologia dominante se esforça em fazer passar por universais. São práticas que atravessam o Estado, porém não se restringem a essa instância institucional. É nesse sentido que ele afirma que "muitas formas singulares de instituição escapam, de resto, ao jurídico ou ao organizacional" (LOURAU, 2004, p. 50) do Estado.

Portanto, a instituição Estado, quando apresentada pela ideologia dominante como natural, racional, imutável, é considerada universal. Desta maneira, a universalidade do conceito instituição é sustentada, na medida em que se escamoteia a historicidade de cada instância de poder que compõe o Estado. Como se este fosse uma unidade transcendente, não são consideradas as condições materiais, políticas e sociais que compõem as práticas instituintes que fundaram a instituição Estado.

3.3 O conceito de instituição segundo sua particularidade

Para além das formas organizacionais que são corpos constituídos do Estado e para além das formas de instituições que atravessam o Estado sem se restringirem a essa instância existem os particulares. Tratam-se de agentes de transformação das instituições. Desempenham funções específicas nas instituições, principalmente no que diz respeito à dinâmica das forças. Os particulares podem ser do tipo membros das instâncias instituídas; podem ser usuários e mantenedores de instituições, bem como agentes de transformação institucional.

Segundo Lourau (2004), os particulares como membros das instâncias instituídas são instituições-pessoas ou instituições-grupos. Diferentemente de instituições-coisas, que são um conjunto de normas que não se personificam, as instituições-pessoas ou instituições-grupos podem ser, por exemplo, um rei, um chefe de Estado, um patrão e em alguns casos uma direção colegiada.

3.3.1 A inserção dos particulares em instâncias institucionais

No caso específico dos particulares, conforme apresentado por Lourau, percebemos a existência de funcionamentos institucionais como o princípio da centralização do poder se contrapondo ao princípio da democracia direta. Essa

contraposição pode ser demonstrada por meio do modo de recrutamento institucional em uma organização, na qual

uma mesma pessoa, por exemplo, um técnico superior obterá um posto em uma empresa com base no exame de seus títulos e antecedentes; na mesma empresa, ocupará um alto posto sindical por ter sido apresentado pelos camaradas à comissão administrativa da CGT e eleito, pelos delegados, para o secretariado nacional. (LOURAU, 2004, p. 51).

No exemplo citado pode-se perceber que o princípio de centralização do poder, agindo no modo de recrutamento do técnico superior se mescla com o princípio da democracia direta, na medida em que esse técnico é eleito para um alto posto sindical, ou seja, entrecruzam as hierarquias verticais de recrutamento com eleições horizontais. Desta maneira, se por um lado o princípio da centralização do poder pode bloquear o princípio da democracia direta, por outro, ela pode corrigir esse bloqueio.

Embora possa haver bloqueios entre os dois modos de funcionamento, que compõem a organização, outros fatores interferem provocando uma transversalidade nas hierarquias e poderes do sistema. Tais fatores são, por exemplo, segundo Lourau (2004), os pertencimentos políticos de grupos que mantêm pressão em instância oficial aparentemente estável. Contudo, por mais que a democracia direta se mescle com o princípio da centralização do poder na organização isso não garante um feedback dos representados aos representantes.

Esse raciocínio se aplica ao modo como as sociedades ditas democráticas estão organizadas, isto é,

na realidade, constatamos sobretudo, por um lado, a existência e o poderio de uma instância estatal que se atribui, a priori, o monopólio do interesse geral e do modo de representação dos interesses particulares; por outro lado, a presença de múltiplos interesses particulares que tendem (ao menos alguns dentre eles, os que estão em melhor posição na corrida pelo poder ou pela autoridade) a "servir" ao povo, isto é, a fazer parte de instâncias instituídas como representativas do interesse geral. (LOURAU, 2004, p. 51).

A democracia direta e a participação dos particulares, por meio da representação de interesses distintos não são capazes de articular uma instância global, cujo poder é centralizado, o que seria o interesse geral (LOURAU, 2004). Dito de outra forma, o sistema representativo não abarca todos os particulares numa instância geral, já que o funcionamento democrático preza pelo interesse da maioria, mas não de todos. Sendo assim, o sistema representativo deixa de fora um segmento que não pode ser incluído nas instâncias instituídas das organizações.

Mostramos como os particulares se inserem como membros das instâncias instituídas, por exemplos, em organizações. No entanto, Lourau (2004) ressalta que as instituições não se reduzem às organizações, mas as atravessam por meio de procedimentos de centralização de poder e/ou de eleições. Outra maneira de compreender esse atravessamento pode ser percebida, através dos particulares como usuários e mantenedores das instituições.

3.3.2 Usuários e mantenedores das instâncias institucionais

Essas duas qualidades da particularidade do conceito de instituição (usuários e mantenedores) dizem respeito ao maior ou menor grau de adesão às normas instituídas, a partir da qual se mede, por exemplo, a coesão de uma comunidade (LOURAU, 2004). Quanto maior o número de indivíduos que aderem às normas instituídas, maior a coesão; quanto menos indivíduos aderem às normas instituídas, menor a coesão na comunidade.

A noção de implicação aqui apresentada está sendo usada em substituição à noção de interiorização utilizada por René Lourau. A escolha pela substituição se dá pelo fato do autor não explicar a noção de interiorização e ao mesmo tempo mencionar em nota de rodapé a ideia de implicação da seguinte maneira: “por trás dessas considerações, aparecem facilmente às noções de integração e de participação, às quais acrescentamos as de implicação institucional e de distância institucional.” (LOURAU, 2004, p. 52). A ideia de implicação e distância institucional será retomada mais à frente.

No caso dos usuários trata-se do seu ajustamento ao sistema de códigos que podem ser escritos (códigos de Leis) como também não escritos (costumes). Nesse sentido o autor afirma que “para definir nossa posição na sociedade, precisamos nos referir a inúmeras organizações e instituições às quais não estamos diretamente ligados”. (LOURAU, 2004 p. 53). Tal afirmação de não estarmos diretamente ligados aos códigos nos leva ao entendimento de que o ajustamento aos sistemas de referências de normas ocorre, porque se é impelido, às vezes coercitivamente, a assumir de forma mais ou menos racional tais normas. Por exemplo,

seja eu rico, seja pobre, assalariado ou acionista, a instituição bancária e os organismos a ela aparentados me concernem: tenho relações com o banco mesmo se não tenho conta bancária nem poupança nem aplicações, porque o banco é a forma instituída da regulação no que diz respeito à circulação e acumulação do capital. (LOURAU, 2004, p. 53,54).

Deduz-se da citação que a instituição bancária concentra a circulação de capital e que há uma margem de negociação com essa instituição, no sentido de se ter ou não uma conta bancária. Desta forma, segundo Lourau (2004), na condição de usuários negociamos com as instituições, conforme o campo de possibilidades que as circunscreve, de modo que se pode beneficiar de uma determinada instituição. Entretanto, essa negociação não ocorre da mesma maneira para todos os membros da comunidade, porque cada um afirma com maior ou menor intensidade as normas vigentes.

Quando se trata dos mantenedores das instituições, Lourau (2004) os divide em dois conjuntos. Primeiramente, aqueles que não põem as instituições em risco, no sentido em que uma crise social brusca é capaz de colocar. Por exemplo, trata-se daquele que “inscrevendo-se na divisão do trabalho intelectual para ‘ganhar a vida’, como fazem tantos inimigos da ordem social (...) sob o signo da instituição do salário contribui, a todo momento, para a manutenção da ordem estabelecida” (LOURAU, 2004 p. 54). Mesmo as criticando, eles cooperam com as instituições.

Conforme Lourau (2004), o segundo conjunto diz respeito àqueles que não apenas cooperam com as instituições; mais do que isso, estes têm o interesse de mantê-las intactas, pois são privilegiados em função da posição hierárquica que

ocupam e da qual tiram vantagens maiores, por exemplo, em relação aos trabalhadores braçais. Isso não significa dizer que aqueles que estão numa posição hierárquica mais baixa tenham uma menor adesão às instituições. Sendo assim,

o simples fato de aceder a um certo grau da hierarquia (formal ou informal) permite perceber o começo de um processo de integração mesmo se a participação nos objetivos e nos valores da organização que nos hierarquiza estiver longe de ser incondicional. (LOURAU, 2004, p. 55)

Portanto, um dos fatores, mas não o único, que influencia o grau de integração é o deslocamento nos níveis hierárquicos. Desta forma, no caso dos mantenedores, a integração às instituições se faz mais forte, na medida em que se beneficiam das posições hierárquicas em instâncias institucionais.

A distinção entre mantenedores, que põem as instituições em questão, e os mantenedores que não põem, pode ficar mais clara mediante os conceitos de *implicação institucional* e *distância institucional*. Trata-se de dois modos de avaliação da integração às instituições que englobam o grau mais fraco, bem como o mais forte de participação. Os dois modos de avaliação são definidos da seguinte maneira:

de um lado se avaliará a implicação institucional do indivíduo (grupo, organização...) como a soma de pertencimentos (subjetivos e objetivos) e referências na qual se inscreve. Por outro lado, a distância institucional será avaliada como a soma dos não-pertencimentos (subjetivos e objetivos) e das não referências, nas quais o indivíduo (grupo, organização...) se inscreve. (LOURAU, 2004, pp. 54-55).

Conforme exemplos apresentados por Lourau (2004), se avaliarmos a integração em relação à instituição raça teremos a seguinte situação: uma pessoa branca que vive em um ambiente, no qual não estão presentificadas em seu cotidiano outras etnias, é muito provável que os pertencimentos étnicos estejam muito poucos representados no seu sistema de referências, portanto, não referenciados. Neste caso, há uma distância institucional em relação à instituição

raça. Entretanto, se uma pessoa branca vive em um ambiente em que convivem outras etnias cotidianamente, de modo que o racismo se torne mais visível, as forças instituídas da instituição raça no sistema de referência dessa pessoa se faz presente. Neste caso, há uma implicação institucional.

Os dois modos de avaliação, propostos por Lourau, não devem ser entendidos num sentido estático, pois resultariam numa dicotomia, na qual se teria de um lado, uma implicação institucional absoluta e do outro lado, uma distância institucional, também absoluta. Considerando que as instituições possuem um dinamismo próprio, os modos de avaliação de graus de participação também devem ser considerados num sentido dinâmico.

Desta forma, podemos dizer que a distinção existente entre os particulares mantenedores é o grau de integração na dinâmica institucional. Essa integração pode vir a ser crítica demonstrando uma implicação institucional ou acrítica significando uma distância institucional.

3.3.3 Os agentes de transformação das instâncias institucionais

Prosseguindo com o raciocínio relativo aos particulares do conceito instituição, percebemos nos itens anteriores que a aproximação às instituições resulta em cooperação, já que as ações tendem a uma entropia institucional. Entretanto, na condição de agentes de transformação institucional, Lourau (2004) distinguiu duas qualidades nas ações transformadoras: o “bom espírito” e o “mau espírito”.

O “bom espírito”, do ponto de vista do poder instituído, é imbuído de um caráter integrador. Trata-se daquele que, mesmo em situação de conflito institucional, imprime um dinamismo reformista das instituições, isto é, transforma, mas não altera o status quo que define as instituições. Essas ações reformistas são toleradas e até mesmo encorajadas, de modo que as ações transformadoras sustentam a existência das instituições. A ação reformista para se exprimir prescinde de antagonismos, pois supõe um equilíbrio institucional universalmente aceito.

O “mau espírito”, na perspectiva do poder instituído é, geralmente, indisciplinado, insatisfeito e de baixo escalão. É aquele que possui *atitude instituinte* caracterizada da seguinte maneira:

- capacidade, do ator – malgrado a alienação de qualquer saber fragmentário – , de analisar a posição que ocupa na estrutura social;
- orientação de tais ferramentas de análise para a prática social, tendo em vista assegurar uma crítica permanente da implicação institucional e da distância institucional do ator, bem como dos outros atores presentes ou presentificados em seu campo de ação;
- estilo de vida e ("mistério" da articulação entre vida privada e prática social) estado de disponibilidade para as ações coletivas de transformação institucional. (LOURAU, 2004, p. 61).

Essas três características da *atitude instituinte* se “não estiverem reunidas ou se uma dentre elas esmagar as outras, a força instituinte dos indivíduos que compõem uma coletividade estará bastante comprometida”. (LOURAU, 2004, p. 61).

Tal afirmação de Lourau serve como pista para compreender como uma coletividade pode perder a capacidade de transformação institucional. Ora, se a *atitude instituinte* de uma coletividade não tiver as três características mais ou menos em equilíbrio, logo, essa coletividade pode ficar assujeitada às forças instituídas.

Segundo Lourau (2004), a *atitude instituinte*, implica em transformação que se inicia pelos desviantes (outsiders) em relação às normas instituídas. Neste trabalho, os desviantes formam o segmento que não foi incorporado pelas instituições, conforme mencionado acima. Por ter ficado à margem das instituições, conseqüentemente, tal segmento pode assumir a *atitude instituinte*. Entretanto, na medida em que a contestação for incorporada, a instituição alcança um novo equilíbrio provisório, estabelecendo assim um círculo vicioso entre ações instituintes e ações instituídas.

Segundo Lourau, a dinâmica entre ações instituintes e ações instituídas pode ser descrita da seguinte maneira:

quando as transformações sociais se põem em movimento, criam-se os equilíbrios para desacelerar o movimento; eles se agenciam espontaneamente, utilizando simplesmente as resistências que qualquer movimento suscita em tomo de si no meio em que se desenvolve: os equilíbrios são, simplesmente, resistências equilibradas – declara Hauriou. (1909 apud LOURAU, 2004, p. 62).

ainda falando de equilíbrios:

mas se eles exageram, o movimento, por seu turno, se detém. A sociedade [...] corre risco de cair num torpor próximo ao dos começos. Com a seguinte diferença: a imobilidade dos começos era uma espécie de infância plena de promessas e de virtualidades, ao passo que a imobilidade do fim é uma velhice. (1909 apud LOURAU, 2004, p. 62).

Conforme a citação, a dinâmica entre as ações instituintes e ações instituídas pode transformar as instituições ou imobilizá-las a ponto de caducarem. Logo, deduz-se que essa dinâmica possui velocidades, de modo que as instituições podem se transformar mais lentamente ou menos lentamente, em função das resistências em jogo. Podemos deduzir também que as instituições possuem uma temporalidade de vida, ou seja, elas nascem e morrem. Enquanto houver transformação as instituições permanecem vivas, ao passo que a imobilidade da dinâmica institucional significa o envelhecimento e a morte das instituições.

É no âmbito das ações instituintes que podemos falar do momento da singularidade do conceito instituição, pois, segundo Lourau (2004) são as ações instituintes que integram às instituições formas singulares de organização, gestão, administração, produzindo um novo funcionamento. O momento da singularidade do conceito de instituição, que diz respeito à transformação coloca em questão a ordem institucional legitimada como eterna e universal.

Ora, se as instituições não são estáticas, já que possuem uma dinâmica que pode ser transformada ou imobilizada, conforme o jogo existente entre ações instituintes e ações instituídas, não há razão para considerar as instituições imutáveis, intocáveis e universais. É por esse motivo que o momento da

universalidade do conceito instituição se desfaz diante do momento da singularização do conceito.

Para Lourau (2004), o momento da universalidade corresponde à distância institucional mencionada acima. Na medida em que a ideologia dominante legitima a ordem estabelecida como um fato dado e imutável, tornando desconhecido o processo histórico de institucionalização das instituições, aumenta a distância institucional, de maneira que os atores tenham um baixo grau de avaliação das decisões institucionais concernentes às suas vidas.

Ao contrário, o momento da singularização pressupõe a implicação institucional de cada ator que constitui a coletividade. Ora, o que seria um ator social?, Indaga Lourau:

um indivíduo que recebe do céu jurídico um destino antecipadamente traçado, como as linhas da palma da mão, ou um indivíduo que se forma na e pela negação de todas as falsas evidências da universalidade, na e pela síntese de todas as coações arbitrárias ou racionais da singularidade? (LOURAU, 2004, p. 63).

Logo, percebe-se que no momento da singularidade se forma o ator social no embate das forças instituintes e instituídas que se mesclam nas instituições. Esse ator social compõe o seguimento que ficou de fora das instituições. Longe de ratificar os sistemas institucionais, o ator social imprime uma atitude contestatária da universalidade das instituições. Instaura-se, portanto, um conflito regulador das forças instituintes e instituídas no âmago das instituições.

Portanto, segundo Lourau (2004), forças instituintes e forças instituídas se encontram atreladas nas instituições numa relação que é ao mesmo tempo de luta e complementaridade. A dialética entre essas duas forças tem como síntese a instituição.

3.4 A perspectiva crítica na relação instituinte/instituído

Continuando a problematização da questão “o que se passa entre as forças instituintes e as forças instituídas” apresentaremos uma perspectiva crítica dessa relação. Quem faz essa problematização é o filósofo Antonio Negri em *O poder constituinte: ensaio sobre as alternativas da modernidade*. Negri busca apresentar uma visão do poder constituinte não submetido ao poder constituído. Negri (2015) aborda a relação entre poder constituinte e poder constituído questionando a posição tradicional do saber jurídico e do constitucionalismo, que reduzem o poder constituinte à produção de normas do direito, garantindo a soberania do poder constituído. “O constitucionalismo apresenta-se como teoria e prática do governo limitado: limitado pelo controle jurisdicional dos atos administrativos e, sobretudo, pela organização do poder constituinte pela lei” (NEGRI, 2015, p. 10).

Diferentemente de Lourau, Negri abre mão de uma abordagem dialética e aposta numa análise política nos moldes espinozista, deleuziano e foucaultiano, já que identifica, no contemporâneo, uma crise do constitucionalismo. Considerando a crise das instituições, em particular a dos Estados, o esforço de Antonio Negri pode ser descrito da seguinte maneira:

não nos interessa a arqueologia do poder constituinte; interessa-nos uma hermenêutica que, além das palavras e por meio delas, saiba interpretar a vida, as alternativas, a crise e a recomposição, a construção e a criação de uma faculdade do gênero humano: a de construir instituições políticas. (NEGRI, 2015, p. 38).

Em vez de tratar o poder constituinte num sentido restrito da produção de normas constitucionais, Negri o coloca na perspectiva da produção da política. O poder constituinte é essencialmente político. Antes de tudo ele engendra políticas a partir das quais se fundam as instituições.

Para afirmar tal ideia, Negri (2015) mostra como o poder constituinte é um conceito de uma crise e essa crise fica evidente pela maneira como o saber

constitucionalista e jurídico definem o poder constituinte. Para esses saberes, o poder constituinte é considerado não somente a fonte das normas constitucionais, como também o sujeito dessa produção. Trata-se de um poder que é onipresente, pois está na base da estruturação dos poderes constituídos, e expansivo, já que sua potência desdobra políticas nas sociedades democráticas. Ora, o problema que Negri aponta nessa definição é o seguinte:

o estudo do poder constituinte apresenta, do ponto de vista jurídico, uma dificuldade excepcional que concerne a natureza híbrida desse poder [...]. A potência que o poder constituinte oculta é rebelde a uma integração total em um sistema hierarquizado de normas e competências [...] o poder constituinte permanece sempre estranho ao direito. (BURDEAU, 1983 apud NEGRI, 2015, p. 1).

Negri inclui mais uma dificuldade na definição jurídica do poder constituinte:

a coisa se torna ainda mais difícil, porque a democracia também resiste à constitucionalização: de fato a democracia é teoria do governo absoluto, ao passo que o constitucionalismo é teoria do governo limitado e, portanto, prática da limitação da democracia. (NEGRI, 2015, p. 1).

Esse hibridismo que caracteriza o poder constituinte como fonte da produção de normas sem se integrar totalmente ao sistema normativo, uma vez que parte se institui e parte não se institui, bem como a democracia absoluta que resiste a democracia constitucionalista caracteriza, no campo do direito, a crise do conceito do poder constituinte.

A crise do conceito do poder constituinte, diz respeito ao campo do saber jurídico constitucional. Segundo Negri (2015), para o saber jurídico o poder constituinte é um ato da nação que instaura a constituição. Este poder instaura o ordenamento jurídico e regula as relações jurídicas entre os poderes do Estado. “O poder constituinte é um ato imperativo da nação, que surge do nada e organiza a hierarquia dos poderes” (BOUTMY, 1909 *apud* NEGRI, 2015, p. 2).

A crise do conceito se revela por meio de um paradoxo. Ora, como pode ser sustentada a ideia de um poder que surge do nada, organiza todo o Direito e ao mesmo tempo é limitado pelo direito? Se o poder constituinte é onipotente e expansivo, como limitá-lo em categorias jurídicas?

O saber jurídico dá uma explicação que aos olhos do Negri (2015) é um sofisma. Na perspectiva jurídica, por um lado, o poder constituinte é extraordinário, uma vez que é exercido por um tempo que é limitado pelo poder constituído. Por outro lado, a expansividade do poder constituinte é reduzida à produção de normas jurídicas, isto é, no final das contas todo o poder constituinte se institucionaliza no poder constituído e nada fica de fora nem mesmo o direito a resistência que historicamente é reconhecido pelo saber jurídico entre o poder constituinte e o Direito. Por um tempo limitado ele é a revolução propriamente dita em termos jurídicos, ou seja, dotado de uma capacidade de generalização de singularidades, mas encerrado em um curto período na forma do *Termidor*. Sua face revolucionária é revelada pelo saber jurídico a posteriori.

O termo termidor refere-se à fase final da Revolução Francesa. Essa fase é denominada historicamente como o golpe do Termidor, que pôs fim à revolução reestabelecendo o poder constituído através da convenção termidoriana. Entretanto, Negri ressalta o duplo sentido desse termo em torno do uso ativo e passivo do verbo terminar. No uso ativo do verbo significa consumação e no uso passivo do verbo quer dizer encerramento. Para Negri (2015) é em torno desse duplo sentido que se deve pensar a temporalidade do poder constituinte, ou seja, o poder constituinte que deve ser levado a termo ou o poder constituinte que deve ter seus efeitos cessados.

Segundo Negri (2015), a potência do poder constituinte é sufocada no conceito de nação de três maneiras: primeiramente, no sufrágio, isto é, o poder constituinte deve ser delegado a um representante, logo, submetido à representação; secundamente, no funcionamento parlamentar, ou seja, submetido a uma assembleia. Neste caso, o poder constituinte originário é desfigurado e passa significar, na perspectiva jurídica, assemblear, que diz respeito à assembleia constituinte que funda uma constituição; no seu período de duração é submetido a todo tipo de sevícia imposta pelo poder constituído. Em suma, para o saber jurídico

o poder constituinte é fixado em um sistema estático, cujo objetivo é restaurar a soberania do poder constituído.

3.5 O irremediável da crise

Com o objetivo de contornar a crise conceitual do poder constituinte o saber jurídico, bem como o saber sociológico apresentam soluções teóricas para os seguintes problemas:

como evitar uma via teórica que elimine o círculo vicioso, também a realidade da contradição entre poder constituinte e ordenamento jurídico, entre eficácia onipotente e expansiva da fonte e o sistema positivo, a normatividade constituída? Como manter aberta, embora a controlando a fonte da vitalidade do sistema? [...] o poder constituinte e seus efeitos existem – como e onde fazê-los atuar? Como encerrar o poder constituinte em um mecanismo jurídico? (NEGRI, 2015, p. 4)

A esses problemas paradoxais, Negri (2015) identifica três tentativas teóricas de contorná-los. Assim, a relação entre poder constituinte face ao poder constituído pode ser do tipo transcendente, imanente ou coextensiva. Negri analisa essas três perspectivas teóricas considerando o grau máximo ou mínimo de transcendência, imanência e coextensão, a que o poder constituinte pode estar em relação ao poder constituído.

3.5.1 Relação transcendente

Para os autores como, por exemplo, Hans Kelsen que defendem uma relação transcendente, o poder constituinte se impõe do exterior e funda o sistema de poder constituído. Uma vez fundado imediatamente o nexos causal é rompido e este sistema se opõe ao poder constituinte. Dito de outra maneira, o poder constituinte é nesse sentido um fato histórico que precede as normas jurídicas.

Embora o poder constituinte, por meio de sua dinâmica, instaure o ordenamento constitucional, esse ordenamento não se confunde com os atos que o instauraram. Essa perspectiva é defendida na teoria do direito puro por Hans Kelsen para quem o sentido do poder constituinte é do ser (sein) e o sentido do poder constituído é do dever-ser (Sollen). Kelsen apresenta essa dualidade ontológica como oposição entre duas realidades, a saber,

como diferença entre o ato de vontade que instaura a norma jurídica, e a sua significação objetiva. Com efeito, segundo a Teoria Pura do Direito, a norma jurídica é a “significação de um ato de vontade”, através do qual uma determinada conduta é ordenada, autorizada, habilitada ou derogada. A norma jurídica não se confunde, portanto, com o ato de vontade que a instaura. Ela é, pois, um dever-ser (Sollen), enquanto que tal ato de vontade é apenas um ser (Sein). (RABENHORST, 2005, p. 124).

Nessa perspectiva, a transcendência é máxima, pois o plano da vontade (moral) se distingue da produção de significação das condutas, isto é, do plano da produção das normas jurídicas que é regulada pelo direito. Assim,

somente uma norma pode determinar – e determina – o procedimento pelo qual se produz uma outra norma. A norma que regula a produção de uma outra norma e a norma produzida segundo tal prescrição, representadas por meio de imagens espaciais da supremacia e da subordinação, não têm nada a ver com o poder constituinte. (NEGRI, 2015, p. 5).

Como o direito regula a própria produção de normas, a participação do poder constituinte é paradoxal, já que só pode ser considerada no interior dessa produção, na vida jurisprudencial do direito.

Sendo assim, na perspectiva transcendente, o poder constituinte só é percebido no interior da vida institucional. Reduzido e limitado na sua onipotência e expansividade, o poder constituinte não pode ser fonte da produção normativa. “Essa nova dinâmica não é nunca dialética, no máximo é um decalque do real, e o sistema jamais perderá sua autonomia absoluta” (NEGRI, 2015, p. 6).

Segundo Negri, (2015), ao contrário do posicionamento de Hans Kelsen, Georg Jellinek defende um grau mínimo de transcendência do poder constituinte face ao poder constituído. Para este autor, “o poder constituinte é exógeno à constituição e resulta do empírico-factual como produção normativa” (JELLINEK, 1914, p. 342; SAUERWEIN, 1966, p. 45-47 *apud* NEGRI, 2015, p. 5). Nessa perspectiva, o poder constituinte é fonte do ordenamento jurídico e possui uma teleologia, isto é, “o poder constituinte, querendo o direito e a constituição, não quer outra coisa senão a regulação e, portanto a autolimitação da própria força” (JELLINEK, 1914, p. 332 *apud* NEGRI, 2015, p. 5).

Portanto, podemos concluir que a potência do poder constituinte, que diz respeito à realidade empírico-factual, não excede ao ordenamento jurídico, ou seja, paradoxalmente, o poder constituinte que é exterior ao poder constituído é esvaziado na produção normativa não restando nenhum resíduo de sua potência. Por essa razão o grau de transcendência é mínimo, uma vez que toda potência é investida na produção de normas. Negri (2015) ressalta que essa perspectiva teórica visa neutralizar os efeitos institucionais imprevistos causados, sobretudo, pela Revolução dos Conselhos na Alemanha do primeiro pós-guerra.

Para Negri (2015), a perspectiva transcendente seja no grau máximo seja no grau mínimo faz valer o ponto de vista da soberania da lei sobre a potência reguladora da política democrática do poder constituinte.

3.5.2 Relação imanente

A defesa de uma relação imanente do poder constituinte face ao sistema jurídico institucional não é, do ponto de vista de Antonio Negri, menos problemática do que a relação transcendente. Segundo o autor (2015), na relação imanente o poder constituinte é o motor da dinâmica institucional. Isso significa dizer que a historicidade do poder constituinte não é descartada, a priori incluída nas considerações do saber jurídico. Entretanto, há ressalvas:

se, de fato o poder constituinte torna-se um autêntico motor da dinâmica constitucional (e a ciência aceita sua presença), ao mesmo tempo, porém, várias operações de neutralização são ativadas: operação de abstração transcendental ou de concentração temporal, a fim de que, no primeiro caso, a imanência do fato ao direito seja diluída em um horizonte (dir-se-ia) providencial, ou então, no segundo caso, seja condensada em uma ação inovadora tão imprevista quanto isolada. (NEGRI, 2015, p. 6).

A operação de neutralização do poder constituinte como motor da dinâmica institucional pode ser verificada nos estudos de John Rawls (RAWLS, 1982, p. 171 *apud* NEGRI, 2015, p. 6). O autor formula um processo de institucionalização dividido em quatro etapas com o objetivo de instituir uma sociedade justa.

Desta forma, na primeira etapa é realizado um acordo contratual hipotético, porque supõe uma condição de igualdade de todos os cidadãos, a partir do qual se desdobram as etapas seguintes. O poder constituinte tem o seu lugar na segunda etapa, na qual são formuladas as normas jurídicas da constituição (convenção constituinte). Na terceira etapa encontra-se o sistema de hierarquia legislativa. Por fim, a quarta etapa diz respeito à execução da lei.

Nessa perspectiva teórica, embora o poder constituinte seja o motor da dinâmica institucional, ele é despotencializado no processo de institucionalização da sociedade. Seu grau de incidência é mínimo, porque o acordo contratual o antecede. “Trata-se da reabsorção do poder constituinte pelo direito constituído, por meio de uma máquina de vários estágios que tornando o poder constituinte imanente ao sistema, tolhe sua originalidade criativa” (NEGRI, 2015, p. 7). É importante observar que a criatividade do poder constituinte é neutralizada, na medida em que é reduzida a produção de normas jurídicas procedimentais, isto é, embora seja um poder originário ele só é considerado na segunda etapa, na qual são produzidas as normas.

O segundo caso de neutralização se dá, na medida em que o poder constituinte é considerado num processo evolutivo entre duas ordens de realidades. Essa perspectiva teórica é defendida da seguinte maneira:

a vigência normativa da constituição jurídico-formal depende do grau de adequação entre as ordens de realidade (material e formal, sociológica e jurídica) que foi estabelecido pelo poder constituinte. Este é um poder de formação em sentido próprio. A sua extraordinariedade é pré-formadora, a sua intensidade estende-se, como projeto implícito, pelo conjunto de ordenamento (LASSALLE, 1862, *apud* NEGRI, 2015, p.7).

O processo evolutivo é disparado pelo poder constituinte como um fato extraordinário, imprevisto e por vezes isolado, a partir do qual sua intensidade inicia um projeto normativo, cuja finalidade é a adequação entre a realidade material/formal e sociológica/jurídica. Desta forma, “levando em conta a resistência das condições reais e a potência revelada pelo poder constituinte, o processo constitucional pode ser imaginado e estudado como instância de intermediação entre as duas ordens de realidades” (LASSALLE, 1862 e BELING, 1923 *apud* NEGRI, 2015, p. 7).

Neste caso, o grau de imanência é máximo, porque o poder constituinte dispara o processo normativo. Dito de outro modo, “o processo constituinte torna-se endógeno, interno ao desenvolvimento constitucional. Inicialmente, o poder constituinte imprime seu dinamismo ao sistema constitucional, antes de ser, ele mesmo reformado pela constituição” (NEGRI, 2015, p. 7).

Nessa perspectiva teórica, o dinamismo do poder constituinte fica circunscrito à “realização progressiva de um conjunto de normas constituintes” (NEGRI, 2015, p. 7) que fundam a constituição. Esta, por sua vez, é considerada como “princípio dinâmico do devir do Estado” (SMEND, 1955, p. 119-276 *apud* NEGRI, 2015, p. 7). Sendo assim, o processo evolutivo é uma continuidade entre o poder constituinte e o poder constituído (Estado). Tal continuidade pode ser descrita da seguinte maneira:

a imanência é tão profunda que, à primeira vista, a própria distinção entre poder constituinte e poder constituído se desfaz, e o poder constituinte apresenta-se em sua natureza de poder originário ou de contrapoder, potência historicamente determinada, conjunto de necessidades, desejos e determinações singulares. (SAUERWEIN, 1960, p. 57-77 *apud* NEGRI, 2015, p. 9).

A crítica negriana a essa perspectiva expõe uma contradição. Ora, sendo o poder constituinte originário ele só é reconhecido como poder desviante do ordenamento já instituído. Sua criatividade é absorvida completamente pelo Estado, ou seja, o poder constituinte se institui por completo não restando nenhum resíduo de sua potência. Por essa razão a vigência normativa é uma adequação entre a realidade desviante e a realidade fixada pelo ordenamento jurídico.

3.5.3 Relação coextensiva

A última posição que aborda a crise do conceito do poder constituinte é a relação coextensiva, ou seja, a posição na qual, segundo Negri (2015), o poder constituinte é constitutivo ao direito constituído. Tal posição foi sustentada, no século XX, por escolas institucionalistas francesas, italianas, alemãs e, posteriormente, assumida pela dogmática jurídica. A tese teórica central da relação coextensiva é:

o elemento histórico-institucional deve ser considerado como um princípio vital: por conseguinte, longe de ser puramente factual, ele é prefigurado e percebido, no seu próprio caráter de originariedade, como implicitamente constituído pela legalidade (pelo direito positivo) (NEGRI, 2015, p. 9).

Nessa posição, a atividade do poder constituinte não é disparada por um fato esporádico consuetudinário, porém, assim como na posição imanente, o fato normativo, na relação coextensiva, possui densidade histórica, ou seja, pertence a um jogo de forças contextualizado socialmente. Seu caráter de originariedade é reconhecido implicitamente pelo direito positivo. Assim, o poder constituinte é “percebido com gradação máxima ou mínima em termos de uma atividade de cujo desenvolvimento emana a ordem jurídica” (MORTATI, 1940; e PIERANDREI, 1965 *apud* NEGRI, 2015, p. 9).

Antonio Negri não desenvolve um grau mínimo ou máximo na relação coextensiva entre poder constituinte e poder constituído. Entretanto, faz menção: “o

grau mínimo dessa integração dinâmica é aquela que encontramos em Santi Romano (1945b e 1950) e provavelmente também no Schmitt que teoriza os ‘compromissos dilatatórios’” (Schmitt 1984, p. 52-57 *apud* NEGRI, 2015, p. 9). O grau máximo é aquele que encontramos no institucionalismo francês, que combina diversas figuras da produção institucional condicionada, por um lado, pelo direito público positivo e, por outro lado, infiltrada e perturbada por ideologias improvisadas (HAURIOU, 1925; e DUGUIT, 1927 *apud* NEGRI, 2015, p. 9).

A relação coextensiva fica mais evidente na descrição do processo de institucionalização das forças políticas presentes na sociedade que culminam na formalização da constituição jurídica. Vejamos:

toda sociedade da qual emerge e à qual se conecta uma formação estatal singular possui uma normatividade que lhe é intrínseca, que resulta precisamente do modo pelo qual ela se ordena em torno de forças ou finalidades políticas. (MORTATI, 1962, 1940; e ROMANO, 1945 *apud* NEGRI, 2015, p. 10)

prossequindo o raciocínio:

a elasticidade da constituição formal é delimitada pelas forças que constituem politicamente a sociedade e formam sua constituição material, por meio de compromissos institucionais contínuos. Não uma norma fundamental, mas um movimento incessante está na base da constituição e determina seu dispositivo dinâmico (FORSTHOFF, 1964 *apud* NEGRI, 2015, p. 10).

Portanto, a coextensividade se estende não de uma norma fixa, mas de forças sociais que se institucionalizam na forma de uma constituição material que, por sua vez, se institucionaliza na forma de uma constituição jurídica. Já que na base dessa institucionalização não há uma norma fundamental, porém um movimento incessante que funda o processo normativo, a constituição jurídica pode ser modificada e até mesma substituída (FORSTHOFF, 1964 *apud* NEGRI, 2015).

Mesmo os saberes sociológicos e jurídicos reconhecendo o caráter de originariedade, bem como a dinâmica normativa provenientes de forças sociais que envolvem poder constituinte e poder constituído, na perspectiva coextensiva, o poder constituinte “é absorvido pelo sistema, na medida da sua capacidade de dinamização e sobre a condição de sofrer uma neutralização dialética sempre renovada” (NEGRI, 2015, p. 328) que institucionaliza sua potência.

Estendendo a perspectiva coextensiva à análise institucional percebemos que Lourau submete a força instituinte ao sistema institucional. Ora, vimos que no texto *Instituinte contra Instituído* Lourau teve como objetivo, por um lado, especificar o conteúdo das forças instituintes e das forças instituídas e, por outro lado, se livrar de uma visão maniqueísta que opõe as forças instituintes como pura negatividade subversiva às forças instituídas como pura negatividade opressiva (LOURAU, 2004, p. 47). A estratégia utilizada por Lourau foi mostrar como essas forças se mesclam no conceito de instituição.

Podemos dizer que se valendo do método dialético para defender sua tese, Lourau mostrou o grau máximo e mínimo de integração das forças quando apresentou os conceitos de distância e implicação institucional. Ele apresentou esses dois conceitos numa perspectiva dinâmica, ou seja, mostrou que o processo normativo, envolve o “bom espírito” (reformistas) e o “mau espírito” (contestatários), que se misturam na instituição numa relação ao mesmo tempo de luta e complementaridade.

Certamente, Lourau se livrou da concepção maniqueísta que isola de um lado, as forças instituintes e do outro lado, as forças instituídas. No entanto, em sua exposição, Lourau deixa transparecer que o instituinte é pensado tendo como limite o instituído, na medida em que a síntese do embate histórico entre forças instituintes e forças instituídas, presentes na sociedade, tem como resultado a instituição sempre renovada no esquema dialético. Quer dizer que,

o fato de que a instituição, embora se apresente como um fato exterior ao homem, necessitou de seu poder instituinte. Além disso, se o homem sofre as instituições, também as cria e as mantém por meio de um consenso que não é somente passividade diante do instituído, mas igualmente atividade

instituinte, a qual, além disso, pode servir para pôr em questão as instituições. (LOURAU, 2004, p. 73).

Portanto, por mais que as forças instituintes possam alterar as instituições, essas, do ponto de vista da análise institucional, tornam-se finalidade última para as forças instituintes. Dito de outro modo, as forças instituintes, nessa perspectiva, estão teleologicamente orientadas para as instituições, que se perpetuam apesar das modificações provocadas por essas forças. Ora, como localizar, por exemplo, os processos nos quais as forças desnaturam as instituições? O que acontece com tais forças que constituem esses processos? Serão necessariamente institucionalizadas ou irão engendrar um processo de criação que não podemos antecipar seu sentido e seus resultados?

Nessas três posições (transcendente, imanente e coextensiva), incluindo a Análise Institucional, um malabarismo teórico foi feito com o objetivo de definir o poder constituinte a partir do poder constituído, isto é, legitimar aquele a partir deste, de forma que sem a supremacia do poder soberano não há fatos normativos. É esse sofisma que Negri busca desconstruir. Assim, ele indaga:

para onde vai o caráter originário e libertador do poder constituinte quando nos defrontamos com essa pesadíssima imagem do jogo político como base material da constituição? Esse jogo não poderia produzir, como produziu, sinistras figuras de poder totalitário? Para onde vai então a referência íntima e contínua do poder constituinte à democracia e a uma política que se constitui nos cenários da potência da multidão? (NEGRI, 2015, p. 10).

Para Negri (2015), as teorias que defendem a relação transcendente, imanente e coextensiva mitigam a potência criadora do poder constituinte esvaziando-a de sentido, uma vez que lhe atribuem uma única compreensão que é realizar a manutenção e o desenvolvimento do ordenamento jurídico constitucional.

Ora, se o poder constituinte é uma potência, como pode de antemão ter o seu destino traçado, ou seja, se é uma potência originária, expansiva e criadora como pode a sociologia ou o saber jurídico pré-definir que, no final das contas, o poder constituinte se institucionalize na forma de ordenamento jurídico, em poder

constituído? É esse paradoxo que expõe a crise do conceito no âmbito das doutrinas jurídicas e constitucionalistas apresentadas acima. Desta forma, se a análise institucional pode ser incluída na relação coextensiva, logo, podemos afirmar que o irremediável da crise adentra seu campo teórico.

Dito isso, a crise do conceito do poder constituinte é afirmada no pensamento negriano da seguinte maneira:

da crise do poder constituinte ao poder constituinte como crise: justamente porque é crise, a potência constitutiva é uma radical fundação subjetiva do ser, é a subjetividade da criação. Uma criação que nasce da crise e, assim, uma criação que nada tem a ver com a linearidade da racionalidade moderna [jurídica] nem com utopia. Crise, desutopia – mas enraizamento do movimento constituinte na subjetividade. (NEGRI, 2015, p. 332)

A perspectiva da crise define o poder constituinte em outros patamares, isto é, a afirmação da crise retira o conceito das malhas dos saberes jurídicos e sociológicos, que tentam defini-lo a partir da lei, do contrato social e da representação para inserí-lo nos processos constitutivos das práticas humanas incluindo nessas práticas a criação das instituições. Assim, o conceito de poder constituinte passa do campo dos saberes jurídicos ao campo da ética e ao mesmo tempo da política.

3.6 Relação antagônica não dialética

A passagem do conceito de poder constituinte do âmbito do saber jurídico para a ética e para a política implica uma distinção entre poder (*potestas*) e potência (*potentia*). Poder é toda limitação imposta por mecanismos da soberania de Estado (constitucionalismo, sistema político representativo) à potência que, por sua vez, é a expressão do poder constituinte. Essa distinção se impõe na medida em que Negri desvincula o poder constituinte do poder constituído para pensar a potência do poder constituinte oriunda da multidão (*multitudo*).

A multidão é definida como “multiplicidade infinita de singularidades livres e criadoras” (NEGRI, 2015, p. 343,344), na qual sua potência resulta da imbricação das potências individuais que a compõem. Dessa totalidade não uniforme que é a multidão emerge a potência do poder constituinte que por ser uma composição das potências individuais não admite qualquer uniformidade. Desta forma,

o paradigma do poder constituinte, ao contrário, é aquele de uma força que irrompe, quebra, interrompe, desfaz todo equilíbrio preexistente e toda continuidade possível. O poder constituinte está ligado à ideia de uma democracia, concebida como poder absoluto. Portanto, o conceito de poder constituinte, compreendido como força que irrompe e se faz expansiva, é um conceito ligado à pré-constituição da totalidade democrática. (NEGRI, 2015, p. 11).

É importante salientar que Negri desloca o conceito de Poder para o conceito de força passando pelo conceito de potência. O Poder diz respeito à soberania como *suprema potestas*, ou seja, fundamento de todo sistema institucional. Essa concepção jurídica do mundo implica, segundo Deleuze, no prefácio do livro *A anomalia selvagem: poder e potência em Spinoza* de Antônio Negri,

que as forças têm origem individual ou privada; que elas têm de ser socializadas para gerarem as relações adequadas que lhes correspondem; que há portanto mediação de um Poder (*Potestas*); que o horizonte é inseparável de uma crise, de uma guerra ou de um antagonismo, de que o Poder se apresenta como a solução, mas a “solução antagonista”[dialética]. (NEGRI, 1993, p. 7).

Se contrapondo a essa concepção jurídica de Hobbes, Rousseau e Hegel, Negri segue a corrente de pensamento político de Marx, Maquiavel, Espinosa e recusa padrões normativos impostos ao poder constituinte, recusa utopias e moralismos para afirmar o poder constituinte como práxis histórica constitutiva não teleológica nem judicativa nem finalista.

A potência está para o poder constituído numa relação intransitiva, antagonista, porém não dialética, logo, não pode ser subsumida num ordenamento jurídico. A potência é uma pura afirmação e o poder é uma expressão da potência,

ou seja, o poder é uma potência de maior força que se exerce sobre outra potência de menor força dominando, coagindo. Não há superação dessa tensão. Essa tensão é o próprio motor da subjetivação da política e da vida. Deleuze é quem melhor traduz esse paradigma em termos de força:

em Spinoza, as forças são inseparáveis de uma espontaneidade e uma produtividade que tornam possível seu desenvolvimento sem mediação, ou seja, sua composição. Elas são em si mesmas elementos de socialização. Spinoza pensa imediatamente em termos de *multitudo* e não de indivíduo. Toda a sua filosofia é uma filosofia da “potentia” contra a “potestas”. (NEGRI, 1993, p. 7).

Negri, partindo da concepção espinozista, segundo a qual as forças se desenvolvem espontaneamente sem necessidade de uma mediação que venha determinar a composição entre elas, pensa um princípio constituinte a partir dessa ausência de determinação. Ora, se não há determinações prévias que venham definir as possibilidades de composição das forças, então, o princípio constituinte é aberto. Entretanto, a espontaneidade das forças não significa um espontaneísmo de suas possíveis composições, pois segue a ética dos afetos.

A ética espinozista relaciona as forças com dois afetos básicos que são a alegria e a tristeza que se pode sentir nos encontros. “Assim, por alegria compreenderei, daqui por diante, uma paixão pela qual a mente passa a uma perfeição maior. Por tristeza, em troca, compreenderei uma paixão pela qual a mente passa a uma perfeição menor” (SPINOZA, 2013, p. 107). Desta forma, quando em um determinado encontro a potência de agir aumenta isso se traduz afetivamente como alegria e quando num determinado encontro a potência de agir diminui, a experiência afetiva é de tristeza.

Segundo Deleuze (2002), a noção de bom e mau atribuída por Spinoza aos encontros dos corpos não demarca um julgamento moral, cujo objetivo seria determinar os encontros proibidos ou permitidos. Em vez disso, bom e mau apenas qualificam os encontros do ponto de vista da conveniência ou inconveniência da composição das forças em jogo, uma vez que uma composição pode aumentar a potência ou diminuí-la. A rigor, tudo é permitido, mas nem tudo é conveniente. Desta

forma, as possíveis composições de forças seguem esse direcionamento ético de aumento ou diminuição potência. Por essa razão não é possível falar de espontaneísmo das composições de forças, uma vez que estão balizadas pelos bons ou maus encontros.

Esse esforço de composição das forças se traduz no conceito de *conatus*, que é um princípio de vida de todas as coisas, que significa ato de perseverar no ser, ou seja, “cada coisa esforça-se, tanto quanto está em si, por perseverar em seu ser” (SPINOZA, 2013, p. 105), conforme a proposição 6 de Ética III. Todos os seres sejam eles inanimados, vivos ou racionais, se explicam em termos dessa força que anima a existência. Nas palavras de Laurent Bove,

o *conatus* é essencialmente uma potência de agir à qual nada falta e que tem poderosos efeitos de conservação para a coisa da qual constitui o esforço. O *conatus* afirma-se, de fato, na e pela própria produtividade do real da natureza, e esta afirmação é imediatamente também uma resistência a tudo o que possa ser obstáculo à produtividade afirmativa deste esforço. Por esta razão, o esforço é “estratégico” no sentido de que cada coisa é, em cada instante da sua perseverança, tão “perfeita” quanto pode sê-lo (tão “poderosa” quanto pode sê-lo em seus efeitos de conservação); tão “adaptada” ao mundo quanto pode sê-lo em função dos abalos que sofre e/ou dos abalos que produz, também em parte, em sua afirmação resistente, ou seja, em função de suas múltiplas trocas complexas e paradoxais com o mundo. (BOVE, 2012, 61).

O *conatus* é uma força atuante de movimento direcionado à perseveração e movimento de resistência aos obstáculos e perigos que possam impedir os seres de realizar tal perseveração. Esse movimento que impulsiona e que resiste ocorre, porque “não existe, na natureza das coisas, nenhuma coisa singular relativamente à qual não exista outra mais potente e mais forte. Dada uma coisa qualquer, existe uma outra, mais potente, pela qual a primeira pode ser destruída” (SPINOZA, 2013, p. 159). O *conatus* é uma energia ou “*potentia*” presente em todas as coisas e que assume em cada ser ou modo uma determinada proporção, um determinado grau de potência. Além disso, por definição, o *conatus* é motor de sociabilidade, pois corresponde à diferença de potencial existente entre os seres na sua singularidade.

Segundo Negri (1993), não há eminência do poder sobre a potência, ao contrário, o poder está subordinado à potência. A potência é a superfície, a partir da

qual uma dada configuração das composições de forças se expressa, porém sujeita sempre ao deslocamento da potência. Portanto, se podemos afirmar uma diferença entre poder e potência, devemos considerar o primado da potência como resistência, ou seja, força de expansão a partir da qual os seres perseveram na existência, de modo a se libertarem dos próprios limites constitutivos.

Assim, o poder é aquilo que institucionaliza a potência, mas “no momento que se institucionaliza, a potência deixa de ser potência, declara jamais tê-lo sido” (NEGRI, 2015, p. 24), pois a potência não visa à ordem, uma vez que é devir, criação e revolucionária diante dos limites impostos pelo poder. Como o primado é da potência,

nesta reversão consiste a realização da própria utopia humanista, mas reconduzida ao horizonte do materialismo. “Potestas”, poder, desse ponto de vista, só pode significar: “potentia” em direção à constituição — um reforço que o termo poder não representa, mas apenas indica, pois a potência do ser o fixa ou o destrói, o coloca ou o ultrapassa, dentro de um processo de constituição real. O reforço que o conceito de poder propõe ao conceito de potência só é relativo à demonstração da necessidade para a potência de sempre se colocar contra o poder. (NEGRI, 1993, p. 249).

O poder, por sua vez, é força de limitação, isto é, de fixação da potência para sua própria existência. A diferença entre poder e potência não deve ser compreendida a partir de uma concepção dialética, pois se trata de um paradoxo expresso por meio de um antagonismo inerente à expansão da potência. “só através do antagonismo o processo constitutivo desloca o ser para níveis de perfeição cada vez mais alta. O Estado, a soberania, a ilimitação do poder são então filtrados pelo antagonismo essencial do processo constitutivo, da potência”. (NEGRI, 1993, p. 256).

Nessa reviravolta conceitual defendida por Negri, na qual não é o poder quem define as forças instituintes, o primado da potência permite, porém, uma reflexão em outros patamares do que se passa entre as forças instituintes e as forças instituídas. Ora, vimos que na análise institucional a relação entre força instituinte e instituída se dava por meio de um antagonismo dialético. Entretanto, se pudermos afirmar um

antagonismo é no sentido de que o *conatus* força o limite constituído do ser, ou seja, desinstitucionaliza o limite do ser. O que é esse limite?

o limite fica dentro da prática constitutiva: por isto ela é aberta. O limite não a condiciona, não é transcendente a ela, não tem um espaço exterior no qual se assente — o limite é medida essencial da relação com o existente, lá onde a existência só reconhece a essência como potência, como tensão de superação. A ideia de limite é ontologicamente consubstancial à de superação. (NEGRI, 1993, p. 234).

O antagonismo negriano resulta de uma tensão interna ao ser, cuja potência força o limite constituído do ser, de maneira que o ser atinja um grau superior de potência. Dito de outro modo, a potência se expande no ser por meio do antagonismo libertando-o do seu limite. Logo, sendo o ser composto de potência e limite sempre aberto, o que se passa entre essas forças é uma tensão antagônica não dialética, cuja tendência é “liberação como contínua conquista, construção do ser” (NEGRI, 1993, p. 234).

Essa perspectiva antagônica não dialética entre potência e limite corrobora à noção de ‘agonismo’ de Michel Foucault mencionada no capítulo 2 (dois) para caracterizar a relação entre a lógica da justiça e da saúde. Foucault entende que o combate entre forças não é caracterizado por posições opostas, cujo resultado seria o bloqueio ou até mesmo a supressão de um dos termos desse combate. Para Foucault essa luta se caracteriza pela incitação recíproca entre as forças e seu fundamento é a liberdade. Assim como Negri que afirma um antagonismo não dialético, Foucault afirma um ‘agonismo’ das forças em substituição a lógica dialética.

Portanto, Negri define no âmbito da ontologia, que potência e limite se entrelaçam no mesmo processo constitutivo. Ele denomina esse entrelaçamento entre potência e limite de desutopia. Na desutopia. “a tensão entre limite e tendência que a constitui, o impulso metafisicamente apropriativo e constitutivo que a forma, tudo isso é riqueza, é liberação da força produtiva” (NEGRI, 1993, p. 280) ao infinito. Assim,

a força produtiva não se sujeita a nada que não seja a si mesma, e em particular se subtrai à dominação das relações de produção. Quanto a estas, ela quer, ao contrário, dominar, a partir de seu próprio ponto de vista, de sua própria potência. É esta concepção da força produtiva — com seu referente material, ontológico — que dá à filosofia de Spinoza e à sua concepção do ser uma inesgotável riqueza, uma selvagem determinação. (NEGRI, 1993, p. 282).

A partir de Spinoza, Negri afirma o paradoxo do ser numa absoluta imanência entre tendência de expansão da potência e o limite, sendo este, potência fixada em uma dada configuração da composição de forças, na qual uma força de maior potência pode destruir uma força de menor potência. Assim, “a ontologia constitutiva de Spinoza não visa à ordem, ao contrário, destrói e dispensa qualquer ideia de ordenamento que não seja imediatamente expressão de um potencial do ser determinado.” (NEGRI, 1993, p. 234).

3.7 Relação revolucionária

O processo constitutivo spinozista da ética se duplica na política. Mais uma vez é o conceito de *conatus* que permite fazer a passagem de um campo ontológico ao campo histórico sem separá-los num dualismo transcendentalista. Na ética o *conatus* diz respeito à relação que se pode estabelecer consigo mesmo para perseverar no ser, por meio da avaliação dos encontros que estabelecemos com as diferentes potências existentes no mundo, de modo a aumentar ou diminuir nossa potência.

Ora, na medida em que esses encontros ocorrem no mundo e com o mundo a política se impõe, pois implica a relação com outrem. Dito de outro modo, na relação com outrem a potência do ser pode aumentar e diminuir dados os diversos encontros. Essa premissa pode ser descrita da seguinte maneira:

mais especificamente, é porque nenhum afeto pode ser refreado a não ser por um afeto mais forte e contrário ao afeto a ser refreado, e porque cada um se abstém de causar prejuízo a outro por medo de um prejuízo maior. É, pois, com base nessa lei que se poderá estabelecer uma sociedade, sob a condição de que esta evoque para si própria o direito que cada um tem de se vingar e de julgar sobre o bem e o mal. E que ela tenha, portanto, o poder de prescrever uma norma de vida comum e de elaborar leis, fazendo-as cumprir não pela razão, que não pode refrear os afetos (pelo esc. da prop. 17), mas por ameaças. Uma tal sociedade, baseada nas leis e no poder de se conservar, chama-se sociedade civil e aqueles que são protegidos pelos direitos dessa sociedade chamam-se cidadãos. (SPINOZA, 2013, p.181-182).

Podemos dizer que, assim como a ética, a política é a arte dos encontros, isto é, a arte de compor as forças de modo a aumentar ou diminuir a potência coletiva, já que uma força maior pode destruir uma força menor. No âmbito ético vimos que a potência se expande deslocando o limite do ser. Esse deslocamento, por sua vez, implica outrem naquilo que ele pode contribuir para o aumento ou diminuição da potência. Isso implica necessariamente uma sociabilidade, pois

é do interesse de cada um juntar-se àqueles cuja presença faz aumentar a sua própria potência e o seu bem-estar. É igualmente do interesse de cada um opor-se àqueles que lhe diminuem a potência e reduzem o bem-estar. Desse modo, e através desta dualidade matricial em relação a todo o fenômeno afetivo, originam-se aproximações e exclusões, há grupos que se formam e grupos que se combatem, há paz e há guerra, há novos "corpos", enfim, que se constituem e que remodelam constantemente a paisagem social. (ESPINOSA, 2009, p. XLIV)

Mais uma vez o antagonismo se apresenta. Só que agora, segundo Negri (1993), na continuidade do antagonismo inerente ao ser, ele se duplica na política impulsionado pela tensão provocada pela potência, cuja tendência é expansão. Assim, o antagonismo spinozista se materializa como condição de possibilidade da política, por meio conflituoso dos encontros dos corpos. “A política spinozista é então a teoria da continuidade “subjéctiva” do ser.” (NEGRI, 1993, p. 285).

Desta forma, os encontros conflituosos dos corpos com suas respectivas potências constituem a potência que no coletivo desloca o limite do ser ao mesmo tempo em que engendra política. O coletivo comporta a dimensão ética e política da constituição humana. “O político é o tecido sobre o qual, de maneira central, se

desenrola a atividade constitutiva do homem. (...) A possibilidade real de uma prática constitutiva é o político percorrido pela liberdade” (NEGRI, 1993, p. 243) da potência.

Portanto, podemos extrair do pensamento spinozista um *conatus* coletivo, isto é, um *conatus* que engendra normas, grupos, instituições a partir de uma dinâmica conflituosa das potências, na qual os seres entram em concórdia ou discórdia como podemos ver na seguinte citação: “se dois homens concordam e conjugam suas forças, aumentam sua potência e em consequência também seu direito sobre a natureza”, então “quanto mais se juntam nessa relação, tanto maior será o direito que todos adquirirão juntos.” (NEGRI, 1993, p. 251).

Como o antagonismo das forças se apresenta como poder constituinte ético/político é neste ponto, segundo Negri (1993), que o pensamento espinozista se contrapõe às teorias jurídicas, que afirmam o Estado como regulador externo das forças contrárias. Nas perspectivas jurídicas a autonomia plena dos sujeitos que é garantida pelo direito natural (direito de perseverar no ser) deve ser mediada por uma força exterior, de modo a pacificar o antagonismo, uma vez que, “o estado natural⁴⁴ é um cenário antagonístico e a autonomia dos sujeitos nele se apresenta como violência, confronto de autonomias.” (NEGRI, 1993, p. 251). Assim, se transfere esse direito para uma instância transcendental (poder soberano), cuja tarefa é pacificar os antagonismos.

A perspectiva jurídica supõe que as forças são uma propriedade privada dos indivíduos autônomos e quando entram em confronto é preciso delegá-las a um

⁴⁴ Estado de Natureza (ou “pura relação de força”): “No estado de natureza, já é possível distinguir duas modalidades da potência natural humana: a que é senhora de si, *sui juris*, porque age e existe segundo o seu *ingenium* e repele a força com a força, vingando-se da violência; e a que está *alterius juris* ou sob a potência mais forte de outrem, quando alguém está sob o poderio de um outro, seja porque este lhe domina o corpo (prende-o e tirou-lhe meios de defesa), seja porque lhe domina o ânimo, mediante o medo de castigos ou a esperança de benefícios, fazendo com que se submeta a ponto de considerar como desejo seu a satisfação do desejo desse outro a quem serve. Todavia, diz Espinoza, quem se livra dos grilhões recupera os meios de defesa e se liberta, volta a ser *sui juris*. E se o medo ou a esperança que submetiam o ânimo desaparecem, também desaparece o vínculo de submissão. Alguém pode, ainda, dominar o ânimo de outrem pelo engodo e o manterá sob seu poder enquanto o logro tiver força sobre o ânimo alheio, mas desfeito o logro, o subjugado torna-se *sui juris*. Em suma, no Estado de Natureza não há justiça, lei, obrigação, mas luta passional que pode manter o jugo de alguém sobre outros e aquele que o tiver, enquanto tiver, tem o direito de exercê-lo. Astúcia, medo, ódio, vingança, inveja, habitam o Estado de Natureza, fazendo de todos inimigos de todos, todos temendo a todos, valendo o arbítrio de cada um. Não havendo injustiça nem lei, não há a cláusula jurídica *pact sunt servanda* (“os pactos devem ser observados”) e todo compromisso pode ser rompido a qualquer momento, se se perceber que há mais vantagem em quebrá-lo do que em mantê-lo e se tiver força para rompê-lo sem dano maior do que mantê-lo.” (CHAUÍ, 2003, p. 161-162).

terceiro para garantir a sociabilidade. Essa visão do antagonismo se desenvolve numa dialética entre indivíduos. Para Negri (1993) não é assim que acontece, pois

esse cenário antagonístico não se coloca dentro de um desenvolvimento dialético, mas dentro de uma operação de deslocamento do ser. O antagonismo é um segundo cenário — necessário diante do primeiro —, o da potência: integra-o, opondo a potência à determinação negativa da ordem do ser, ao seu limite — que é, no próprio ser, instaurado. De modo que o problema da solução não toca a impossíveis pacificações, mas abre-se ao risco da construção do ser. Do político. (NEGRI, 1993, p. 251).

Nesse deslocamento do ser, a autonomia do sujeito se abrandava (NEGRI, 1993). Ora, se todo ser está sujeito a ameaça de uma força maior que a dele e se associa para aumentar sua potência de perseveração, logo, não cabe falar de uma regulação imposta por uma força exterior, mas de uma associação que venha aumentar a potência. O que ocorre é uma construção do coletivo que se dá por consentimento comum, no qual se decide sobre o que é justo ou injusto. Assim,

o justo é um processo constituído pela potência. As leis, as definições singulares do delito, do legal e do ilegal são filtros formais de uma progressão material e coletiva do humano. O positivismo spinozista é a positividade da potência, segue a força desta, organiza-lhe os limites — de qualquer modo é arrastado e subordinado ao projeto dela, é submetido à dinâmica do antagonismo na qual a potência se desdobra (...). Em Spinoza não se trata sequer da lei. O positivismo de Spinoza é a criatividade jurídica, não da lei, mas do consenso, da relação, da constituição. (NEGRI, 1993, p. 253).

O *conatus* coletivo é em si mesmo normativo. A partir do antagonismo presente na multidão deriva a potência que ao mesmo tempo em que engendra o ser, constitui o direito civil comum a todos. Assim,

La puissance de la multitude est l'expression de ce que les hommes s'entre-affectent inter-individuellement et collectivement. Les corps sociaux, totalités à forte clôture sur elles-mêmes, vivent donc sous le régime de l'auto-affectation, autre manière de dire que ce qui arrive aux hommes est l'effet des autres hommes, en singularités ou en collectivités – sachant que dans l'effet

des hommes « en singularités » passent systématiquement des effets des hommes « en collectivités ». Par puissance de la multitude, il faut donc entendre une certaine composition polarisée des puissances individuelles telle que surpassant, par la composition même, toutes les puissances dont elle est constituée, elle est un pouvoir d'affecter tous. (LORDON, 2010, p. 30).

a potência da multidão é a expressão de que os homens se entre-afetam inter-individualmente e coletivamente. Os corpos sociais, totalidades encerradas sobre si mesmas, vivem, então, sobre o regime de auto-afecção, outra maneira de dizer que, o que chega aos homens é o efeito de outros homens, em singularidades ou em coletividades – sabendo que dos efeitos dos homens em "singularidades" passam sistematicamente aos efeitos dos homens em "coletividade". Por potência da multidão, é necessário então entender uma certa composição polarizada de potências individuais tal que sobre passam, pela composição mesmo, todas as potências por que ela é constituída, ela é assim uma potência de afetar a todos. (LORDON, 2010, p. 30, tradução nossa).

Trata-se de uma política física das forças, na qual “os mais numerosos, a partir justamente da natural inimizade que forma seu comportamento, começam a constituir corpo político e jurídico.” (NEGRI, 1993, p. 251). Portanto, subordinação do político ao coletivo.

Ao explicitar um mecanismo de passagem duplo, porém idêntico, do deslocamento ontológico e constitutivo da coletividade, por meio de uma física das forças e não por meio de um contrato social nos termos hobbesiniano, Negri, recusa a transcendência do poder constituído para afirmar a potência do poder constituinte num horizonte físico e material do mundo. Desta forma, “a determinação constitutiva é então dada no horizonte da *multitudo*. A *multitudo* se tornou uma essência produtiva. O direito civil é a potência da *multitudo*. O contrato é substituído pelo consenso, o método da individualidade pelo da coletividade” (NEGRI, 1993, p. 252).

O horizonte físico e material do mundo é a multidão (*multitudo*), a partir da qual se constitui a política, o direito civil. Assim,

aquele direito, que define o poder da multidão costuma-se denominar poder público [*imperium*]. E este possui o poder absoluto que, por consenso comum, cuida da coisa pública, isto é, estabelece as leis, as interpreta e as abole, fortifica as cidades, decide a guerra e a paz, etc. Quando tudo isso se faz por uma assembleia saída da multidão, o poder público chama-se democracia; se é por alguns homens escolhidos, tem-se a aristocracia; e se o cuidado da coisa pública, e, conseqüentemente, o poder compete a um só, então é o que se chama monarquia. (SPINOZA, 2014, p. 381).

A perspectiva física da constituição do poder público implica, em vez de uma transferência de direito natural ao poder soberano, uma deriva da potência que vai da multidão ao Estado, conforme o capítulo III, parte 2 do Tratado político de Spinoza,

[...] o direito do Estado, ou dos poderes soberanos, não é senão o próprio direito de natureza, o qual se determina pela potência, não já de cada um, mas da multidão, que é conduzida como que por uma só mente; ou seja, da mesma forma que cada um no estado natural, o corpo e a mente de todo o Estado têm tanto direito quanto vale a sua potência. E assim, cada um, cidadão ou súdito, tem tanto menos direito quanto a própria cidade é mais potente que ele (ver art. 16 do capítulo ant.), e conseqüentemente cada cidadão não faz ou possui por direito nada a não ser aquilo que pode defender por decreto comum da cidade. (ESPINOSA, 2009, p. 25-26).

Não se pode compreender essa deriva da potência em direção ao Estado como uma natureza da potência. Não se trata de uma teleologia da potência. Se assim fosse estaríamos concordando com os argumentos dos saberes jurídico e sociológico, já derrubados pelo próprio Espinosa, no que diz respeito ao poder constituinte. Ora, estamos falando de um jogo de forças que é ao mesmo tempo antagônico e associativo, ou seja, capaz tanto de institucionalizar quanto de desinstitucionalizar em virtude do próprio princípio do *conatus*.

Portanto, se não faz sentido falar de um poder soberano transcendental e ilimitado, porém de um jogo de força ao mesmo tempo antagônico e associativo, então, cabe perguntar: qual é o limite da ação de coação das instituições e do Estado sobre os cidadãos? Essa questão nos conduz a outra crítica feita por Negri ao saber jurídico no que tange ao poder constituinte. A resposta é paradoxal:

o limite fundamental da ação do Estado consiste, como se demonstrou, na extensão e na continuidade infra-estrutural dos direitos naturais. (...). Quanto mais a ilimitação (a absolutez) do poder soberano se tiver desenvolvido em cima da continuidade das necessidades sociais e políticas da multidão, tanto mais o Estado se encontra limitado e condicionado à determinidade do consenso. De modo que a ruptura da norma consensual desencadeia imediatamente a guerra, a ruptura do direito civil é por si mesma um ato de direito de guerra. (NEGRI, 1993, p. 256).

A citação mostra que o que sustenta o poder do Estado ou do soberano é a potência da multidão e, na medida em que a norma consensual é rompida, o medo provocado na maioria dos cidadãos pode converter-se em indignação e hostilidade contra o Estado ou soberano, por consequência, convertem o estado civil em estado de hostilidade “por isso mesmo, dissolve-se e cessa o contrato, o qual, por conseguinte, não é defendido pelo direito civil, mas pelo direito de guerra” (ESPINOSA, 2009, p. 39) que é ao mesmo tempo constitutivo e destrutivo.

O antagonismo está pressuposto entre o direito que cada um tem de se rebelar contra o Estado ou soberano quando este rompe o consenso que sustenta o direito civil. “O Estado, a soberania, a ilimitação do poder são então filtrados pelo antagonismo essencial do processo constitutivo, da potência” (NEGRI, 1993, p. 256). Mais uma vez, poder instituinte contra poder instituído. Portanto, o poder constituinte se apresenta como revolucionário, pois carrega a potência constitutiva e destrutiva, sobre a qual se assenta o poder constituído.

3.8 Poder constituinte versus poder constituído

Antonio Negri demonstrou a crise do conceito de poder constituinte no campo dos saberes jurídicos e sociológicos, cuja racionalização buscou, sem sucesso, definir o conceito a partir do poder instituído. Ao expor a crise do conceito, Negri mostrou que o poder constituinte não se dobra ao poder constituído. Se pudermos afirmar uma relação entre os dois é no sentido de que o poder constituinte impõe uma ruptura ao poder constituído, que o desestabiliza deslocando seu limite ao ponto deste ficar a mercê da potência daquele na busca de uma nova configuração.

A crítica negriana à definição de poder constituinte formulada pelos saberes jurídicos e sociológicos permite retomar a questão que faz interlocução com a análise institucional colocada no início do capítulo. O que se passa entre o instituinte e o instituído, na perspectiva negriana é um tipo de composição das forças que não é transcendente nem imanente nem coextensiva, porém antagônica não dialética,

nos moldes de uma relação revolucionária entre poder constituinte e poder constituído.

Ora, com a crise do conceito de poder constituinte, Negri mostrou que o que se passa entre o instituinte e o constituído é um antagonismo não dialético das forças, já que no âmbito ético trata-se do deslocamento do limite do ser pela potência, que se desdobra em potência contra o poder, no âmbito político. Portanto, podemos dizer que, sendo o ser composto de forças instituintes e forças constituídas, o que se passa entre essas forças é uma tensão antagônica não dialética, a partir da qual se realiza a construção ético-política das instituições.

Essa perspectiva se diferencia da concepção da análise institucional que adota a perspectiva hegeliana da dialética, concebendo um antagonismo entre termos opostos (tese versus antítese), do qual resultará num terceiro termo (síntese). Nessa concepção o terceiro termo controlaria o antagonismo das forças, isto é, estaria para as forças da multidão como seu ordenamento transcendente que controla sua diversidade. Este seria o caso das instituições e do Estado.

Como vimos, embora Lourau tenha desconstruído o caráter universal do conceito de instituição, ainda apresenta o instituinte contra o constituído orientado para o poder. Desta forma ele afirma: “na revolução, as novas instituições (contra-instituições) aparecem e se desenvolvem, para depois regredir e desaparecer com a subida do novo poder, para passar a um inconsciente coletivo que é o inconsciente político das sociedades” (LOURAU, 2004, p.74).

Ao contrário, a partir da perspectiva negriana, podemos dizer que o horizonte da análise institucional não são as instituições formalizadas, mas os movimentos das potências que as desfazem, isto é, que as desinstitucionalizam. A radicalidade do poder constituinte, ou seja, a insubmissão ao poder constituído permite pensar a análise das instituições do ponto de vista da potência da multidão, em vez do poder constituído.

Negri confere ao poder constituinte outra racionalidade distinta da racionalidade moderna. Esta se caracteriza por um pensamento totalizador, cuja dialética idealista serve de instrumento conceitual para objetivação da potência da

multidão, isto é, a submissão da potência da multidão ao poder constituído. Para a racionalidade moderna, a multidão:

será natureza mecânica e privada de espírito, mais próxima à das bestas que à dos homens; ou será coisa em si, inatingível e, portanto, mistificável; ou, ainda, mundo selvagem das paixões irracionais que só a razão (*vernunft*) conseguiria resolver controlar e retomar. (NEGRI, 1993, p. 338)

Segundo Negri (1993), tal irracionalidade da multidão é fonte de medo, afeto a partir do qual a racionalidade estatal moderna se instrumentaliza para controlar, dominar a potência da multidão. Por medo se reprime e nega toda a potência da multidão como possibilidade de expressão da subjetividade.

Ainda segundo o autor (2015), na tentativa de neutralizar a potência da multidão, a racionalidade moderna separa a realidade social da realidade política. Assim, à realidade social concerne a multidão irracional, enquanto que à realidade política cabe o controle dessa irracionalidade pelo poder constituído, que recusa a potência da multidão na política. Essa separação funda as ciências políticas (economia política e sociologia) que vão fornecer o respaldo teórico da separação entre o social e o político. No entanto, Negri afirma que a potência da multidão é uma realidade social produtiva do político, sem a qual o poder constituído não existiria, pois se nutre dessa potência.

Se contrapondo à racionalidade moderna, Negri propõe uma reversão dessa perspectiva e pensa a racionalidade do poder constituinte a partir de cinco características: criação em oposição a limite/medida, procedimento-processo oposto ao método dedutivo, igualdade contra privilégio, diversidade versus uniformidade e, por fim, cooperação contra comando.

A racionalidade do poder constituinte, por ser a expressão da potência da multidão, se caracteriza por ser ilimitada. Caso possamos falar de limite para o poder constituinte isso se dá apenas num sentido paradoxal, no qual o limite emerge do próprio poder constituinte, que por sua vez não cessa de ultrapassá-lo. O limite é um obstáculo como, por exemplo, o poder constituído. Entretanto, o poder constituinte

“põe o limite apenas como condição da própria existência, da própria expansão e, assim, como condição de sua própria produção” (NEGRI, 2015, p. 342).

Essa produção paradoxal do limite que é ultrapassado remete a outra característica paradoxal do poder constituinte que é a sua medida: “A medida é a relação entre o interior e o exterior da subjetividade criadora enquanto esta ultrapassa a si mesma” (NEGRI, 2015, p. 342). Dito de outro modo, a medida diz respeito à eficácia do poder constituinte na produção de subjetividade, isto é, o tempo que leva essa produção. A medida é a criação da realidade pelo poder constituinte, mas que está sempre sujeita mais uma vez e sucessivamente a se transformar no encontro com a potência da multidão. Metaforicamente falando, “a medida da nova racionalidade não é, pois, um elemento *hard* da sempre nova máquina criadora, mas o elemento *soft* que organiza suas determinações internas e seus programas” (NEGRI, 2015, p. 342). Portanto, limite e medida são efeitos da dinâmica criadora do poder constituinte, ou melhor, da potência da multidão.

Segundo Negri (2015), o caráter ilimitado da potência da multidão implica outra abordagem do poder constituinte, por meio de um procedimento-processo em contraposição ao método dedutivo. Este realiza a análise do poder constituinte através de regras gerais e abstratas sempre voltadas para o terreno jurídico. Entretanto, a característica processual da dinâmica da multidão não se detém às normas gerais, uma vez que ela se efetua a partir de uma constelação de interesses e acordos das singularidades em jogo, que são constantemente reavaliados.

A racionalidade do poder constituinte não é contratualista, mas é processual e relacional. “Se existem regras de procedimentos, elas são permanentemente reavaliadas. Constroem-se cartografias das conexões e das inter-relações, das relações e das iniciativas” (DELEUZE e GUATARRI, 1980 *apud* NEGRI, 2015, p. 343). O procedimento-processo dissolve o mito constitutivo do contrato para interpretar o movimento que cada singularidade assume na relação com as demais.

Trata-se de um movimento genealógico, no qual “a nova racionalidade se constrói, em uma imbricação de paixões e instituições, de interesses e de capacidades empreendedoras, imbricação essa de que o contrato forneceu uma visão mítica” (NEGRI, 2015, p. 343). A cartografia e a genealogia formam, portanto,

os procedimentos para a abordagem do movimento ontológico aberto e tendencial do poder constituinte.

Outra característica da racionalidade do poder constituinte é a igualdade versus o privilégio. A igualdade diz respeito à liberdade que é condição ontológica da multidão. Quando se trata da liberdade da multidão todo mundo está em pé de igualdade. Sendo a liberdade uma condição ontológica ninguém pode se rogar detentor da liberdade no sentido de uma propriedade privada. Não há lugar para privilégios! Segundo Negri (2015), a liberdade não é um direito inalienável como costumam declarar os códigos jurídicos, mas condição material do processo constitutivo. A “relação entre potência e multidão só pode ter a forma da igualdade, do fluxo ilimitado, sem oposição e bloqueio por parte do privilégio e assim sem bloqueio do processo” (NEGRI, 2015, p. 343).

Decorre da oposição entre igualdade e privilégio outra característica da racionalidade do poder constituinte. Negri (2015) ressalta que a igualdade concernente à multidão não pode significar uniformidade, porque a multidão é constituída por uma multiplicidade de singularidades, logo a diversidade se opõe à uniformidade. “O poder constituinte não se forma como redução das singularidades ao uno, mas como lugar de sua imbricação e expansão. É nesse desenvolvimento da multidão, na riqueza de suas infinitas expressões, que se revela sua força criadora” (NEGRI, 2015, p. 344). O poder constituinte não tende utopicamente para o uno, ao contrário, ele rompe com toda uniformidade. A racionalidade do poder constituinte se caracteriza, segundo Negri, pela desutopia, ou seja, pela busca das singularidades diversas.

Por fim, chegamos à quinta característica da racionalidade do poder constituinte. Longe de qualquer abstração, tal racionalidade se concretiza por meio da cooperação versus o comando. A construção de um ser novo e da política que advém da potência da multidão, não se faz pelo comando do poder constituído, cuja exterioridade em relação à multidão encerraria a potência no poder, ou seja, numa unidade. Afirmar o comando “é esquecer que a potência da multidão não é só potência de fazer “muito”, mas potência feita de ‘muitos’, potência das singularidades e das diferenças” (NEGRI, 2015, p. 321).

Ora, se a multidão é produzida a partir dos encontros tensos e aleatórios das diversas potências que a constituem não faz sentido pensar em um comando exterior a essa produção, porém em uma cooperação na multiplicidade das potências. Essa cooperação é processo constituinte, ou melhor, poder constituinte que se realiza a partir dos conflitos e contradições (antagonismos) em um movimento ininterrupto. A cooperação põe em relação potência, poder constituinte e multidão. Ela define a racionalidade por meio da potência, caracteriza a dinâmica do poder constituinte e expressa a tendência construtiva da multidão do ser e da política.

CAPÍTULO 4 Plano de coerência conceitual para pensar políticas públicas

A exposição no terceiro capítulo das perspectivas de René Lourau e Antonio Negri, acerca da faculdade do gênero humano de construir instituições políticas, nos fornece chaves de leituras distintas para pensar construção de políticas públicas, a partir de relações de forças. Sem estabelecer nenhum julgamento de valor sobre o modo de problematização dos autores, no que tange à construção de instituições políticas, entendemos que “tal problematização pressupõe que um domínio de práticas constitutivas dessa experiência tenha se tornado incerto, tenha perdido a sua familiaridade, tenha suscitado dificuldades” (FOUCAULT, 1984 [2004], p.232).

Como veremos neste capítulo, tanto o pensamento de Lourau quanto do pensamento de Negri nos serve como ponto de partida para abordarmos o processo de construção de políticas públicas entendendo estas como sendo o modo através do qual os homens se organizam para construir instituições políticas e perseverar no ser num menor ou maior grau de potência, conforme a exposição feita no capítulo anterior. Dito isso, como é possível pensar políticas públicas face aos dois modos de problematização?

Para Lourau, a problematização o faz pensar o modo como o instituinte na relação com o instituído pode livrar o homem dos aprisionamentos das instituições. Assim, o seu olhar se volta para as transformações constantes das instituições provocadas pelas forças instituintes. Portanto, renovação das instituições com modo de liberação. Em Negri, o que provoca a problematização é a potência criadora da multidão. Seu olhar se volta para o fora (*dehors*⁴⁵) das instituições, isto é, para multidão como possibilidade de libertação e se podemos enxergar no pensamento de Negri algum tipo de renovação das instituições é mera consequência da potência

⁴⁵ Estamos tomando de empréstimo o conceito do fora que Deleuze desdobra a partir do pensamento foucaultiano. Para Deleuze, “o lado de fora [das formas] diz respeito à força. Se a força está sempre em relação com outras forças, as forças remetem necessariamente a um lado de fora irreduzível, que não tem mais sequer forma, feito de distâncias incompatíveis através das quais uma força age sobre outra ou recebe a ação de outra. É sempre de fora que uma força confere às outras, ou recebe das outras a afetação variável que só existe a uma tal distância ou sob tal relação. Há, então, um devir das forças que não se confunde com a história das formas, já que opera em outra dimensão. (DELEUZE, 2005 p. 93).

da multidão e não o seu objetivo. Negri busca a experiência da multidão, a experiência do fora, da qual se sai transformado.

Ao cruzarmos os dois modos de problematização dessa prática humana de construção de instituições políticas propostos por Lourau e Negri podemos circunscrever um plano de coerência conceitual para pensar processos de construção de políticas públicas. Seja com Negri seja com Lourau, respeitando as diferenças do pensamento de cada autor, percebemos que a construção de políticas públicas envolve um plano de forças em relação.

Considerando o que foi exposto no primeiro capítulo, vimos que o que passa entre o instituinte e o instituído são relações de forças. Nessa relação podemos distinguir três grandes feixes de forças: forças instituídas, que são aquelas que resistem às transformações e fixam o poder instituído das instituições; forças reformadoras, que são aquelas que alteram o poder instituído das instituições sem alterar seu status quo; forças instituintes, que são aquelas que estão envolvidas, paradoxalmente, nos processos de institucionalização e desinstitucionalização das instituições e que só podem ser reconhecidas a posteriori. Os três feixes de forças compõem um plano de forças para pensar políticas públicas.

No que tange ao tipo de relação existente entre as forças, vimos divergências entre o antagonismo dialético e o antagonismo não dialético. A argumentação de Negri mantém o antagonismo, mas destitui a perspectiva da dialética, que para ele falseia a relação entre forças instituintes e forças instituídas. A perspectiva negriana indica a crise do conceito de poder constituinte ao mesmo tempo em que traça sua recomposição num horizonte ético-político da multidão.

Considerando o plano de forças e suas relações antagônicas não dialéticas, Negri indicou a continuidade entre ontologia e História, quando apresentou o antagonismo do ser (ética) duplicado na política (História). Podemos afirmar que Negri nega a perspectiva da filosofia Kantiana que separa ontologia (Ser) da História (política) em campos distintos. Ele está mais próximo do pensamento foucaultiano que se vale do conceito *a priori histórico* para explicar o lugar das ciências humanas no espaço de saber moderno. Para Foucault,

o fato do homem desempenhar duas funções no campo de saber da modernidade, isto é, sua existência como coisa empírica e fundamento filosófico, é chamado por Foucault de *a priori histórico* para assinalar o aparecimento das ciências humanas. (MACHADO, 2006, p. 112).

Dessa indicação, decorre para o nosso trabalho, que não há nenhuma contradição em pensar um tema que diz respeito ao âmbito da História, como é o caso da política pública, a partir da ontologia, já que estamos no campo das ciências humanas. Ora, se não há contradição em pensar política pública que se encontra no cruzamento entre ontologia e História, então, qual a melhor maneira de abordar tal tema? Como vimos no capítulo anterior, Negri indicou a genealogia e a cartografia como procedimentos para pensar processualidades inerentes à multidão sem separar a ontologia da história, já que o poder constituinte se desdobra na ética e na política. Seguindo a indicação negriana desdobraremos mais adiante o procedimento genealógico e cartográfico para pensar a política de saúde para o sistema prisional.

Podemos dizer que Negri se interessa mais pelos processos que ocorrem na multidão, pelos movimentos de criação das forças do poder constituinte, isto é, criação de novos modos de vida oriundos da multidão. Similarmente, podemos afirmar que Lourau também se interessa pelos processos quando se debruça sobre o tema da institucionalização, porém numa perspectiva dialética. Como vimos,

a articulação do conceito de instituição que Lourau propõe, apoiando-se na lógica dialética de Hegel: o instituinte é o negativo, o que vem negar o instituído (universal). O terceiro momento, o da singularidade hegeliana - por meio do qual a contradição é superada - é a institucionalização. (LOURAU, 2004, p. 22).

Conforme o plano de coerência da Análise Institucional, Lourau criou ferramentas conceituais voltadas para a análise das instituições sempre apoiado na contradição dialética como é o caso do conceito de institucionalização.

Entretanto, se o olhar se volta para os processos concernentes à multidão, conforme a leitura que fizemos da perspectiva negriana, e não se detém aos processos institucionais, entendemos que estamos diante de um plano de coerência

distinto da Análise Institucional. Mas de que se trata esse plano de coerência? Ele diz respeito ao fora das instituições, isto é, aos processos de constituição que antecedem qualquer forma instituída. Não encontramos em Negri ferramentas conceituais para trabalhar na lógica processual, a não ser a indicação dos procedimentos genealógico e cartográfico. Isso demanda que utilizemos outras ferramentas conceituais que possam contribuir para abordar tais processos nessa perspectiva.

Sendo assim, optamos por utilizar os conceitos do filósofo Gilbert Simondon para pensar o fora da instituição e a construção de políticas públicas. Simondon (1989) é o filósofo que pensa os processos de individuação nos domínios da matéria, vida, espírito e da sociedade. Embora ele não se debruce sobre o tema de políticas públicas, encontramos no conceito de individuação, a partir do qual ele tece seu pensamento, uma ferramenta capaz de abordar tal tema, já que o autor se debruça sobre o processo de individuação não orientado para as formas individuadas.

Segundo Deleuze (2004), a teoria de Simondon tem como ponto de partida duas observações críticas:

1º tradicionalmente, o princípio de individuação é reportado a um indivíduo já pronto, já constituído. Pergunta-se apenas o que constitui a individualidade de um tal ser, isto é, o que caracteriza um ser já individuado. E porque se “mete” o indivíduo após a individuação, “mete-se” no mesmo lance o princípio de individuação antes da operação de individuar, acima da própria individuação; 2º Por conseguinte, “mete-se” a individuação em toda parte; faz-se dela um caráter coextensivo ao ser, pelo menos ao ser concreto (mesmo que seja ele divino). Faz-se dele todo o ser e o primeiro momento do ser fora do conceito. Este erro é correlativo do precedente. (DELEUZE, 2004, p. 102).

O objetivo do trabalho proposto por Simondon é estudar ao nível da esfera do físico, vital, psíquico e psicossocial, as formas, modos e graus da individuação, de maneira que se possa colocar o indivíduo no ser, em vez de supor o indivíduo como substâncias, invariantes pré-determinadas para dar conta do processo de individuação. Sobre o processo de individuação Simondon afirma:

o ser individuado não é todo o ser, nem o ser primeiro: em vez de apreender a individuação a partir do ser individuado, é preciso apreender o ser individuado a partir da individuação, e a individuação a partir do ser pré-individual, repartido segundo várias ordens de grandeza. (SIMONDON, 1989, p.23).

A novidade do pensamento de Simondon está no princípio de individuação, pois o processo de individuação emerge num plano de coerência metaestável, isto é, a partir de um sistema metaestável que não é pura instabilidade ou pura estabilidade. “Foi por não ter reconhecido a existência de tais sistemas que a filosofia caiu nas duas aporias precedentes” (DELEUZE, 2004, p. 102) acerca da individuação. O que caracteriza o sistema metaestável é:

a existência de uma “disparação”, ao menos de duas ordens de grandeza, de duas escalas de realidade díspares, entre as quais não existe ainda comunicação interativa. Ele implica, portanto, uma diferença fundamental, como um estado de dissimetria. Todavia, se ele é sistema, ele o é na medida em que, nele, a diferença existe como energia potencial, como diferença de potencial repartida em tais ou quais limites. (DELEUZE, 2004, p. 103).

Para apreender a individuação em diversos domínios Simondon recorre ao conceito de transdução para mostrar como ocorre a operação de individuação. Assim ele descreve tal conceito:

por transdução entendemos uma operação física, biológica, mental, social, pela qual uma atividade se propaga de próximo em próximo no interior de um domínio, fundando esta propagação sobre uma estruturação do domínio, operada descontinuamente: cada região da estrutura constituída serve de princípio e de modelo, de atrativo de constituição à região seguinte, de modo que uma modificação se estende progressivamente, ao mesmo tempo que esta operação estruturante. (SIMONDON, 1989, p.25)

Tal processo de individuação emerge num domínio de sistema metaestável e a transdução é uma operação de propagação de uma atividade sobre uma estrutura

no interior de tal domínio. Essa afirmação é valiosa, pois indica que o que se passa na diferença de potencial das forças é uma ressonância, a partir da qual as forças podem entrar em composição estruturante. Não se trata de síntese das forças, a partir da qual se individualizariam os seres, mas de ressonância entre as diferenças de potência das forças.

Acreditamos que essa é uma maneira de pensar o antagonismo não dialético proposto por Negri para abordar a multidão. Esta não seria dividida em duas partes, já que se trata de uma multiplicidade de componentes em relação antagônica não dialética. Diferentemente da perspectiva antagônica dialética não há superação no cabo de guerra binário, pois não se trata de binarismo, mas de um emaranhado de forças em defasagem umas em relação às outras, que entram em ressonância podendo alcançar uma condição metaestável. A relação antagônica não dialética pode ser compreendida como defasagem entre as forças instituintes as forças reformadoras e as forças instituídas.

Diante dessa breve exposição do pensamento de Simondon é possível extrair ferramentas conceituais distintas daquelas utilizadas na Análise Institucional. Por meio do princípio de metaestabilidade podemos abordar de outro modo a relação entre instituinte e instituído. Ora, não seria a multidão o ser pré-individuo de todas as instituições que compõe o social como sistemas metaestáveis? As individualizações que emergem do ser pré-individual (multidão) não são efeitos das diferentes potências presentes na multidão, cuja relação constitui o conatus coletivo? A operação de transdução entre a diferença de potencial das forças não substitui a contradição dialética entre instituinte e instituído?

Ao afirmarmos positivamente tais questões assumimos que a individualização, que ocorre por ressonância entre a diferença de potencial das forças, substitui a institucionalização, que se dá por supressão da diferença entre forças instituintes e forças instituídas na operação dialética. Portanto, entendemos que os conceitos de Simondon são mais adequados para pensar o antagonismo não dialético dos processos oriundos das potências da multidão, do que o conceito de institucionalização da Análise Institucional proposto por Lourau.

4.1 Procedimento híbrido: genealogia e cartografia

Conforme o plano de coerência conceitual traçado acima, o procedimento mais adequado para abordar o plano de forças que envolve a construção de políticas públicas, é a combinação da cartografia pensada por Gilles Deleuze com a genealogia de Michel Foucault.

A genealogia é um procedimento de pesquisa histórica (com “h”) que se distingue de metodologias clássicas de pesquisa Histórica (com “H”). Esta se interessa pela busca da origem dos fatos Históricos monumentais retornando ao passado para traçar uma linealidade temporal que se orienta teleologicamente para um sentido meta-histórico no presente (REVEL, 2005). A pesquisa Histórica com “H” maiúsculo reivindica metodologias seja no empirismo seja no positivismo o estatuto de ciência para garantir aos seus resultados a validade de conhecimento verdadeiro.

Diferentemente a isto, o procedimento foucaultiano de pesquisa histórica não busca a origem dos fatos, no lugar da origem o que encontramos é a dispersão dos encontros, o acaso, a partir do qual emergem acontecimentos diversos (REVEL, 2005). Esse procedimento volta no tempo não para refazer a linearidade de um fato histórico, porém para restituir no presente as singularidades dos acontecimentos, isto é, deduzir das contingências históricas os acontecimentos capazes de problematizar aquilo que somos, fazemos e pensamos, para assim abrir a possibilidade de sermos outros no próprio movimento da história. Essa distância entre o que somos e aquilo que estamos em vias de nos tornar é o que caracteriza a atualidade sobre a qual as genealogias se debruçam.

As genealogias se interessam por aquilo que as ciências clássicas desqualificam em nome da verdadeira História, ou seja, pelos saberes históricos com “h” minúsculo. Não se trata de capricho, mas de estratégia, que coloca em embate os discursos Históricos considerados verdadeiros com os discursos menores que a pesquisa Histórica clássica deixa na sombra. É uma forma de batalha que questiona o regime de verdades inerentes à trama discursiva da história. Esse regime possui várias especificidades:

a verdade está centrada no discurso científico e nas instituições que o produzem; ela é permanentemente utilizada tanto pela produção econômica quanto pelo poder político; ela é muito largamente difundida, tanto por meio das instâncias educativas quanto pela informação; ela é produzida e transmitida sob o controle dominante de alguns grandes aparelhos políticos e econômicos (universidades, mídia, escrita, exército); ela é lugar de um enfrentamento social e de um debate político violentos, sob a forma de "lutas ideológicas. (REVEL, 2005, p. 87).

A trama discursiva envolve numa relação de reciprocidade entre as práticas discursivas ou de dizibilidade e as práticas não discursivas ou de visibilidade. Por exemplo, os compêndios de criminologia que vão formular regras para definir os criminosos são práticas de dizibilidade. O Panopticon, modelo arquitetônico que vai exercer uma prática de vigilância sobre os presos conduzindo suas condutas é um exemplo de prática de visibilidade.

A trama discursiva da história se caracteriza por um embate entre o conhecimento maior e os saberes menores. O procedimento genealógico se debruça sobre essa trama, não para descobrir o que é o verdadeiro, porém para mapear as regras a partir das quais emergem discursos ditos verdadeiros, que compõem um determinado regime de verdades, por exemplo, os discursos dos saberes criminológicos que vão afirmar verdades sobre o que é o delinquente. Desta forma,

Foucault indica, com efeito, que há três domínios possíveis de genealogia: uma ontologia histórica de nós mesmos em nossas relações com a verdade, que permite nos constituirmos como sujeitos de conhecimento; nas nossas relações com um campo de poder, que permite nos constituirmos como sujeitos que agem sobre os outros; e em nossas relações com a moral, que permite nos constituirmos como agentes éticos. (REVEL, 2005, p. 53).

Os três domínios possíveis (regime de verdades, campo de poder, relação com a moral) sobre os quais Foucault pôde utilizar o procedimento genealógico correspondem ao campo do governo, isto é, a condução das condutas que os homens podem estabelecer sobre os outros, por meio das tecnologias de

dominação, por exemplo, a “polícia⁴⁶” e sobre si mesmos, através de técnicas de si, utilizadas pelos homens para se conhecerem ou para se transformarem. O encontro entre as técnicas de dominação e as técnicas de si constitui o domínio da governamentalidade⁴⁷ (REVEL, 2005). É nesse domínio que localizamos o procedimento da genealogia para pensar construção de políticas públicas.

Em suma, as genealogias foucaultianas se debruçam sobre os embates postos pelas práticas discursivas e não discursivas, cujos arquivos bibliográficos, documentais são as principais fontes de análise no procedimento genealógico. Do procedimento genealógico nos interessa a indicação de nos debruçarmos sobre as práticas discursivas e não discursivas para abordar os antagonismos presentes na construção de política pública.

Para o nosso trabalho tal procedimento tem sido de suma importância, uma vez que acompanhar a construção da política de saúde para o sistema prisional requer que nos debruçemos sobre os arquivos que lhe dizem respeito. Entretanto, isso não é suficiente, pois a política de saúde para o sistema prisional que engloba o PNSSP e PNAISP é uma política pública em processo de construção permanente e para acompanhar a atualidade processual de tal política optamos pela cartografia, procedimento que tem sido utilizado para acompanhar o processo de constituição da política de saúde para o sistema prisional desde o início da pesquisa.

A cartografia está em sintonia com o procedimento genealógico. Assim como este, a cartografia não se vale das regras metodológicas empregadas nas investigações científicas clássicas, porém de pistas de procedimentos para construir mapas de pesquisa. Assim,

⁴⁶Na racionalidade política moderna a prática de governo se dá através de uma tecnologia que Foucault denomina de “polícia”, cuja função é “governar não apenas, pela lei, mas intervindo de modo específico, permanente e positivo na conduta dos indivíduos” (FOUCAULT, M. 1988 [2004], p 315). O que Foucault entende por “polícia” é bastante diferente do que nós compreendemos com este termo. Por “polícia”, ele compreende, “não uma instituição ou mecanismo que funciona no interior do Estado, mas uma técnica de governo própria do Estado. “A polícia engloba tudo, mas de um ponto de vista bem particular. Homens e coisas são vistas em suas relações: a coexistência dos homens no território; as suas relações de propriedade; o que eles produzem; o que se troca no mercado. Ela interessa-se também pela maneira como vivem, pelas doenças e pelos acidentes aos quais estão expostos. É de um homem vivo, ativo e produtivo que a polícia cuida”. (FOUCAULT, 1988 [2004], p.311)

⁴⁷ O tema da governamentalidade e os conceitos que o concernem serão desenvolvidos mais adiante quando abordarmos o domínio de realidade que constitui a PNAISP no capítulo 5.

apresentamos pistas para nos guiar no trabalho da pesquisa, sabendo que para acompanhar processos não podemos ter predeterminada de antemão a totalidade dos procedimentos metodológicos. As pistas que guiam o cartógrafo são como referências que concorrem para a manutenção de uma atitude de abertura ao que vai se produzindo e de calibragem do caminhar no próprio percurso da pesquisa – o hódos-metá da pesquisa. (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009, p. 13).

Dentre as diversas pistas do método cartográfico a que mais reverbera as questões que propusemos para pensar políticas públicas é: *O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica*. Essa pista circunscreve o conceito de coletivo necessário para pensar o procedimento da cartografia. Do que trata esse conceito de coletivo?

Como vimos no capítulo anterior Negri apoiado em Espinoza nega a perspectiva da racionalidade moderna fundamentada nos saberes jurídicos e sociológicos que criaram a ideia de que haveria de um lado a multidão e o social e de outro lado a política que seria um atributo do poder instituído, ou seja, do Estado. Nessa perspectiva a sociedade civil seria uma instância mediadora entre o caos da multidão e o Estado. Ela teria como função controlar os movimentos sociais presentes na multidão. Dito de outro modo, a “sociedade civil”, como momento intermediário no processo que leva os indivíduos do estado natural caracterizado pela pura relação de forças ao Estado político.

Entretanto, a sociedade civil com instância mediadora não existe em Spinoza, já que

em Spinoza, sociedade civil e Estado político se imbricam completamente, como momentos inseparáveis da associação e do antagonismo que se produzem na constituição. O Estado não é concebível sem a simultaneidade do social, nem inversamente a sociedade civil. A ideologia burguesa da sociedade civil então é só ilusão (NEGRI, 1993, p. 257).

Logo, o político e o social se fundem no Estado civil que é expressão da multidão e que constitui o plano coletivo no qual os movimentos sociais se realizam.

Portanto, na perspectiva negriana não há lugar para a dicotomia preconizada pelos saberes jurídicos que separa indivíduo e sociedade; social do político e coloca os movimentos sociais em oposição ao poder instituído.

Corroborando a perspectiva negriana o conceito de coletivo ganha outro sentido quando pensado a partir de uma rede conceitual composta por pensadores como Gilles Deleuze, Félix Guattari, Michel Foucault, Gilbert Simondon e René Lourau, dentre outros, já que partilham da noção de forças/potência para pensar o coletivo e superar a dicotomia entre indivíduo e sociedade. Assim, ao conceito de coletivo se soma a noção de forças e nesse sentido o conceito passa a ser coletivo de forças.

Para trabalhar o conceito de coletivo de forças o que era oposição entre indivíduo e sociedade passa a ser uma relação de reciprocidade entre dois platôs de forças distintos: o plano das forças instituintes e o plano das forças instituídas; o plano das forças e plano das formas; sendo que este último diz respeito a figuras estabilizadas. (ESCÓSSIA e TEDESCO, 2009). Desta forma,

o plano das formas corresponde ao plano de organização da realidade (Deleuze e Parnet, 1998) ou plano do instituído (Lourau, 1995) e concerne às figuras já estabilizadas – individuais ou coletivas. Também se incluem aí os objetos que acreditamos constituir a realidade: coisas e estados de coisa, com contornos definidos que lhes emprestam caráter constante e cujos limites parecem claramente distinguí-los uns dos outros. (ESCÓSSIA; TEDESCO, 2009, p. 94).

Nessa perspectiva, indivíduo e sociedade são formas que resultam da relação do plano de forças instituintes e do plano de forças instituídas. Eles são resultantes do plano movente do coletivo de forças, isto é, das forças que em relação se movem e formam configurações que delimitam figuras como se fossem nuvens que no céu se assemelham à forma de um determinado objeto. Assim,

a delimitação formal dos objetos do mundo resulta da lentificação e da redundância que a configuração das forças assume num momento dado. Ou seja, graças à provisória estabilização dos jogos de força somos

convencidos da universalidade do mundo a nossa volta. (ESCÓSSIA; TEDESCO, 2009, pp. 94,95).

Essa concepção de coletivo de forças também pode ser pensada com as ferramentas conceituais de Gilbert Simondon já mencionadas acima. O coletivo de forças é para Simondon o plano genealógico a partir do qual as formas se individualizam (ESCÓSSIA e TEDESCO, 2009). Desta forma,

Simondon denomina esse plano genealógico de transindividual ou pré-individual. Temos, então, um coletivo transindividual, entendido como espaço-tempo entre o individual e o social, espaço dos interstícios, plano de criação das formas individuais e sociais, origem de toda mudança. (ESCÓSSIA e TEDESCO, 2009, p. 96).

O coletivo transindividual ou pré-individual comporta diferenças de potenciais inconciliáveis e que por essa razão as formas que nele se individualizam não atingem uma situação de equilíbrio definitivo, porque “a matéria pré-individual é definida por sua natureza não delimitável em contornos precisos. Por esse motivo, é descrita como fluxo de energia, como variações que interferem a todo instante na gênese contínua dos indivíduos” (ESCÓSSIA e TEDESCO, 2009, p. 96).

Nessa perspectiva, a articulação entre o plano das forças e das formas se dá por meio do conceito de individuação. Segundo os autores, a individuação é o processo por meio do qual ocorre a constituição das formas. Esse processo se desdobra, por um lado na dimensão individuada das forças, que se caracteriza pela tendência à repetição de si, isto é, pelas regularidades facilmente delimitáveis e, por outro lado, na dimensão pré-individual, constituída pelas diferenças de potenciais puras das forças, alheias à ordenação. Por meio da operação de transdução, como já mencionado acima, a individuação se realiza e uma forma é constituída.

A opção pelo uso do termo plano de forças em vez de campo de forças se dá pela necessidade de se distinguir a dinâmica inerente ao coletivo de forças. São dois modos de pensar a dinâmica das forças que se assemelham, mas que também se distinguem (ESCÓSSIA e TEDESCO, 2009). Quanto à semelhança:

percebe-se, em comum à concepção de campo de forças e plano de forças, a prioridade aferida às relações na constituição da realidade. Ou seja, antes de definir a substância própria aos corpos que, então, entrariam em relação uns com outros, transportando suas características originais para essa operação relacional entre corpos, são as relações que determinam as propriedades das partes. Até esse ponto, as duas posições se aproximam. (ESCÓSSIA e TEDESCO, 2009, p. 97).

Quanto à distinção:

o campo de forças é regido por princípios universais. Cada teoria elege regras invariáveis de funcionamento desse campo como garantia da manutenção de um tólos fixo, de uma direção inalterável de todo fenômeno que, por sua vez, confere homogeneidade à natureza das relações aí instaladas. A composição de forças pode variar a cada momento, porém é sempre previsível a direção seguida, imprimindo ao movimento geral uma única direção. (...). Já na concepção de plano coletivo de forças, não existem regras fixas, modos privilegiados de relação. As modalidades dos elos e as direções multiplicam-se nas diferentes composições momentâneas e locais entre as forças. Ao mesmo tempo, o ideal de equilíbrio, como direção única e privilegiada, também desaparece. A pluralidade substitui a síntese unificadora, e o princípio de estabilidade dá lugar à dinâmica da metaestabilidade. (ESCÓSSIA e TEDESCO, 2009, p. 97).

Assim, o campo de forças tem em comum com o plano de forças o primado da relação, porém se diferencia no que diz respeito às regras de funcionamento da dinâmica das forças. No campo de forças, as regras são invariantes e têm sentido pré-determinado, mas no plano de forças, as regras são variáveis e o sentido é contingencial. Isso significa dizer que quando pensamos o coletivo de forças a partir da noção de plano, a dinâmica que o concerne é aberta às circunstâncias e processual e a forma em que nela surge é produto da configuração espaço-temporal dessa dinâmica.

A distinção entre plano das forças e plano das formas concerne à pista *O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica*, uma vez que mostra duas dimensões que se deve considerar numa pesquisa: a dimensão das forças e a dimensão das formas. A cartografia se diferencia das metodologias tradicionais justamente porque estas se restringem à dimensão das formas, ou seja, dos objetos

já individuados em detrimento da dimensão processual das forças. O procedimento cartográfico também se interessa pelas formas, mas sem dissociá-las das suas dimensões processuais. Isso significa dizer que a cartografia se debruça sobre o processo de individuação das formas, realizado pela dinâmica de forças.

Desta forma, o cartógrafo faz parte do plano coletivo das forças dos objetos que pretende pesquisar. Ele também é um elemento nessa realidade. Isso implica dizer que o cartógrafo não estando numa relação de exterioridade com o objeto, pois está ao seu lado, atua intervindo nesse plano coletivo das forças, modificando a condição de gênese dos objetos fazendo-os derivar nos seus próprios processos de individuação. (ESCÓSSIA e TEDESCO, 2009).

Assim, o procedimento cartográfico de pesquisa é também uma intervenção, porém num sentido distinto das metodologias tradicionais, para as quais,

a intervenção é entendida como ação de um sobre outro: uma “intervenção sobre”. Quando a intervenção é concebida como processo que interfere tanto no objeto quanto no sujeito, trata-se de um sentido de intervenção enquanto um (inter) vir, uma intervenção entre, no sentido de um fazer com, de uma intervenção que se passa no meio, na relação, que é necessariamente singular. (PAULON, 2005; PASSOS; BENEVIDES, 2009 *apud* BRASIL, 2016, p. 18).

Nesse sentido,

[...] o cartógrafo se encontra sempre na situação paradoxal de começar pelo meio, entre pulsações. Isso acontece não apenas porque o momento presente carrega uma história anterior, mas também porque o próprio território presente é portador de uma espessura processual. A espessura processual é tudo aquilo que impede que o território seja um meio ambiente composto de formas a serem representadas ou de informações a serem coletadas (BARROS e KASTRUP, 2009, p. 58).

Tal situação paradoxal suscita uma ética de investigação. O cartógrafo para acompanhar os processos em andamento necessita posicionar-se constantemente diante do plano movente das forças, de modo que possa mudar o ato de pesquisa.

Esse exercício de reposicionamento é produzido pela análise de implicação do cartógrafo em relação ao plano coletivo das forças de que ele e o objeto de pesquisa fazem parte.

Sendo assim, para realizar o procedimento cartográfico é necessário que o cartógrafo acesse e construa ao mesmo tempo o plano coletivo das forças (coletivo transindividual), de modo que se possa visualizar as múltiplas dimensões do objeto a ser pesquisado e ampliar o conhecimento que se pode ter a respeito dele. Portanto, a pista indica que o procedimento cartográfico empreendido numa pesquisa tem como superfície de atuação o plano coletivo das forças daquilo que se deseja pesquisar.

No nosso trabalho, a saúde no sistema prisional é a superfície sobre a qual se desenvolveu a experiência cartográfica da PNAISP. Para percorrer essa superfície delimitamos o plano coletivo das forças e de formas, por meio do qual surgiu a necessidade de instituir a PNAISP, ou seja, um plano coletivo que dispõe a gênese da saúde no sistema prisional. Realizamos quatro movimentos de pesquisa para circunscrever esse plano.

4.1.1 Construção dos discursos normativos

O primeiro movimento da pesquisa foi realizado em torno dos direitos das pessoas privadas de liberdade. Inspirado no procedimento da genealogia foi construído um levantamento bibliográfico dos principais documentos políticos, portarias, leis, decretos e publicações, sobre os direitos dessa população, no âmbito internacional e nacional. Nesse levantamento bibliográfico encontramos um panorama de forças instituídas, forças reformadoras e forças instituintes, no que diz respeito à saúde das pessoas privadas de liberdade.

No âmbito internacional, os documentos afirmavam o direito à dignidade e à vida; definiam regras mínimas para o tratamento dos reclusos, de modo a garantir a toda pessoa privada de sua liberdade um tratamento com humanidade. Isso incluía, entre outras ações, o combate à tuberculose e HIV/AIDS em grupos vulneráveis

como é o caso da população privada de liberdade. De modo geral, esses documentos são pactos e tratados assumidos pelo Estado brasileiro. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948 é o principal documento que porta o enunciado da defesa da dignidade humana.

Os documentos nacionais, seguindo a premissa dos direitos humanos, também afirmam a dignidade e o direito à vida. A Constituição Federal Brasileira de 1988 é o documento principal que se ocupa dos direitos de modo geral e, particularmente, daqueles relativos à saúde descrita no Sistema Único de Saúde-SUS. Assim, no âmbito nacional, encontramos documentos variados que circunscreviam o direito à saúde da população em sua diversidade (saúde da mulher, da criança, do homem, dos portadores de deficiência, portadores de sofrimento, etc.).

Especificamente, no que diz respeito ao direito à saúde das pessoas privadas de liberdade encontramos, a Lei federal nº 7.210 de 1984 - Lei de Execução Penal (LEP), cuja importância reside no fato de balizar a assistência à saúde dos presos nas modalidades de atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Entretanto, sendo a LEP uma legislação anterior a Constituição de 1988 a perspectiva do direito à saúde do preso estava muito aquém das prerrogativas do SUS.

Os outros documentos encontrados, seja do âmbito da justiça seja do âmbito da saúde, de modo geral, buscavam ampliar os direitos das pessoas privadas de liberdade à luz dos princípios da universalização, da equidade, da integralidade que regem o SUS. Destaca-se a Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 9 de setembro de 2003, que aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP e a Portaria Interministerial MS/MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses dois documentos aglutinam os discursos das normativas que as precederam e são ícones do processo de individualização da política de saúde para o sistema prisional.

Além dos documentos institucionais formais, encontramos cartas, moções e relatórios relacionados a mobilizações sociais sobre os direitos da população privada

de liberdade. Os conteúdos desses documentos giravam em torno de denúncias a respeito das precárias condições da saúde nas prisões ao mesmo tempo em que apresentavam propostas para a saúde no sistema prisional. Destacaram-se as atuações do movimento de Luta Antimanicomial e do movimento LGBT na construção da PNAISP. O primeiro reivindicou para o âmbito da saúde a reorientação do modelo de assistência em saúde mental para as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. O segundo demandou a formulação de parâmetros de acolhimento para a população LGBT encarcerada, por exemplo, o uso do nome social no território prisional. Tais documentos são registros das atividades do plano coletivo das forças no qual ocorre a individuação do PNSSP e da PNAISP.

Mais do que fazer uma sistematização do material encontrado, utilizamos o conjunto desses documentos para circunscrever os discursos sobre os direitos à saúde e à vida das pessoas encarceradas. Conforme o método genealógico, longe de traçar a linearidade histórica desses direitos, destacamos das contingências históricas os acontecimentos capazes de problematizar o tema da saúde para o sistema prisional na atualidade. Desta forma, foi elaborada uma matriz contendo os documentos que possibilitaram identificar os principais discursos de constituição da política de saúde para o sistema prisional no seu processo de individuação. (Essa matriz está disponível no apêndice deste trabalho).

4.1.2 Cartografia dos processos de individuação da PNAISP

O segundo movimento de pesquisa, que se mescla com o primeiro, diz respeito ao processo de coleta de dados com foco no trabalho dos profissionais da Coordenação Geral da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Penitenciário, responsáveis pela construção da PNAISP. A entrada nesse contexto deu-se de diferentes maneiras, já que implicava tanto os setores do Ministério da Saúde quanto os setores do Ministério da Justiça. As técnicas utilizadas para percorrer esse contexto foram entrevistas realizadas com pessoas tanto do âmbito da justiça quanto do âmbito da saúde e diário de campo, escrito ou gravado em áudio das

participações em espaços estratégicos de gestão da PNAISP como, por exemplo, nos encontros de gestores do SUS, de Secretários Estaduais de Justiça, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT).

Esse movimento de pesquisa evidenciou as diferentes forças políticas, históricas, técnicas e subjetivas que compõem o processo de trabalho das áreas técnicas destinadas a gerir a saúde para o sistema prisional desde 2003, ano de institucionalização do PNSSP, até 2014, ano da promulgação da PNAISP. De modo geral, as problematizações em tal contexto giravam em torno das demandas sociais e institucionais feitas às áreas técnicas no processo de construção de políticas públicas e do modo como elas se organizam para responder a tais demandas. Assim, o trabalho de gestão de política pública se realizava entre as demandas oriundas das mobilizações sociais e as demandas institucionais da máquina de governo, conforme o grupo político que estava no comando.

Tal movimento de pesquisa se mostrou o mais próximo do procedimento cartográfico, uma vez que se tratava de acompanhar o modo como os profissionais se organizavam e concebiam o seu próprio trabalho. Foi um processo de extrema relevância e delicadeza, porque ao mesmo tempo em que se acompanhava o trabalho em ato, colhia-se a história da política de saúde prisional contada pelos profissionais, a partir do momento em que eles passaram a fazer parte dessa história. Assim, nesse movimento de pesquisa, foi possível por um lado ter acesso aos fragmentos de memória da construção do PNSSP e por outro lado acompanhar o processo de individuação da PNAISP.

Esse movimento de pesquisa foi realizado concomitantemente ao primeiro. Não existe uma diferença cronológica entre o primeiro e o segundo movimento. Eles se diferenciam quanto ao objetivo, mas se atravessam num revezamento, no qual o material bibliográfico colhido no primeiro movimento pôde ser confrontado com o material colhido no segundo movimento. Esse revezamento deu consistência ao plano coletivo das forças e das formas da política de saúde prisional.

Assim, desse duplo movimento puderam ser construídos dois mapas vivos dos processos cartográficos relativos aos enunciados envolvidos na individuação da política de saúde para o sistema prisional. O primeiro mapa, *A privação de liberdade*

no sistema prisional: direitos humanos e uma nova biopolítica no SUS, tratou da construção do PNSSP e possui uma característica mais genealógica. O segundo mapa, *Saúde no sistema prisional: cartografia de uma política pública em construção* acompanhou a formulação e promulgação da PNAISP e por isso é mais cartográfico. Esses mapas estão apresentados respectivamente nos capítulos e 1 e 2 a partir dos quais este trabalho se desdobra.

4.1.3 Redirecionamento do processo cartográfico

Nesse terceiro movimento de pesquisa, as pistas cartográficas inerentes ao plano coletivo das forças puderam ser debatidas com os pesquisados. Trata-se do primeiro momento de devolução do que tinha sido colhido, até então, do processo de individuação da PNAISP. Esse movimento foi de suma importância, porque os pesquisados que se encontravam na condição de fornecedores dos elementos para a cartografia passaram a debater as pistas que tinham sido formuladas e a decidir com o cartógrafo o rumo da pesquisa.

Tal movimento de pesquisa é o que caracteriza a cartografia como pesquisa-intervenção, pois o feedback provocou, por um lado, a problematização das práticas dos pesquisados e, por outro lado, o reposicionamento do cartógrafo diante do plano coletivo das forças. Na experiência cartográfica da PNAISP, esse movimento indicou a necessidade de ressaltar, no processo de pesquisa, o lugar das mobilizações sociais como, por exemplo, a luta Antimanicomial e o movimento LGBT, de maneira que se pudesse contemplar o viés público da política.

4.1.4 Cartografia das convergências de narrativas

Nesse movimento de pesquisa foi realizada a convergência das narrativas dos mapas cartográficos com as práticas de saúde no território prisional. Para não

reduzir a pesquisa às perspectivas dos gestores, foi necessário incluir outras narrativas, só que agora na perspectiva do território. Como toda política pública se materializa num território, para o qual ela foi destinada, nada mais pertinente do que acompanhar como a política de saúde prisional se expressa no seu território.

Para produzir a convergência das narrativas com o território prisional foi necessário lançar mão de outra técnica de pesquisa que pudesse complementar a narrativa de pesquisa acadêmica. Para tanto,

apostamos numa importante inflexão metodológica. Achamos que para produzir uma amplificação das narrativas seria necessário trabalhar com uma metodologia que produzisse uma convergência de narrativas. A narrativa acadêmica e cientificista da pesquisa precisaria convergir e se integrar a outras narrativas, em especial à narrativa audiovisual. (BRASIL, 2016, p. 25).

Utilizando a linguagem audiovisual como dispositivo de pesquisa cartográfica fizemos convergir as narrativas sobre a saúde no sistema prisional com as práticas realizadas no território prisional. Junto com a equipe técnica da Coordenação Geral da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Penitenciário foi decidido que o território a ser cartografado seria no Rio Grande do Sul, já que nesse estado brasileiro as práticas de assistência à saúde para as pessoas privadas de liberdade melhor expressavam a política de saúde para o sistema prisional proposta pelo governo federal aos estados e municípios. O território escolhido envolveu o Presídio Central, Penitenciária Feminina Madre Pelletier, Unidade de Saúde Costa e Silva – Gerência de saúde Comunitária Grupo Hospitalar Conceição – GHC, Hospital Sanatório Partenon (HSP) e a ONG Igualdade-RS.

A partir de todo o acúmulo adquirido no processo cartográfico foi decidido que os temas de convergência a serem abordados seriam: 1 - do PNSSP à PNAISP 2- doenças infectocontagiosas (HIV-AIDS e tuberculose) 3- Relação entre saúde pública e segurança pública. 4 - Saúde da mulher transversal à saúde prisional 5 - Participação social (movimento LGBT e luta Antimanicomial). O pano de fundo para abordar esses temas foi a inclusão da população privada de liberdade no SUS.

Nessa etapa, a cartografia ganhou ares de curadoria a partir da roteirização do processo de documentação audiovisual. Assim, foram realizadas visitas na cidade de Porto Alegre-RS para cartografar os movimentos da rede de saúde, na qual estava inserida a população prisional. Isso gerou um pré-roteiro que norteou a equipe de filmagem no território prisional. Desta forma, nos dedicamos à produção audiovisual (hipervídeos) que possibilitou a transversalidade das narrativas do processo cartográfico. (O hipervídeo está disponível em <http://www.redesestrategicassus.org/#/home> acessado em 07 out 2017).

Portanto, a combinação da genealogia com a cartografia permitiu delimitar o plano coletivo das forças e das formas; estabelecer as relações entre forças instituintes, forças reformadores e forças instituídas; vivenciar as intensidades do processo de individuação da política de saúde para o sistema prisional brasileiro. Em suma, circunscrever o coletivo transindividual da saúde para o sistema prisional.

4.2 Experiências metodológicas da cartografia da PNAISP

Na experiência cartográfica delimitamos o plano coletivo das forças utilizando o procedimento genealógico/cartográfico. Tomando a política de saúde para o sistema prisional como a superfície de pesquisa para pensar a construção de políticas públicas cabe, então, acessar/construir tal plano de forças que envolve essa superfície, por meio dos discursos encontrados nos documentos bibliográficos, entrevistas e falas relevantes de reuniões que nos serviram para construir mapas vivos dos processos cartográficos contendo a memória discursiva acerca da saúde no sistema prisional.

Como já vimos, a cartografia é realizada por meio de pistas para acompanhar processos. Assim sendo, utilizando os achados das entrevistas articulados com a pista dos *considerados* das legislações, principalmente aquelas relativas à saúde no sistema prisional, percebemos uma multiplicidade de forças que constituía o plano coletivo da saúde para o sistema prisional. Os “considerados” das legislações são a parte textual que justifica as razões pelas quais a norma está sendo instituída. Eles

são elementos que remetem ao plano coletivo das forças. No caso da experiência cartográfica metodologicamente utilizamos os considerados como pistas a serem seguidas. Vejamos um exemplo desse procedimento.

A Portaria Interministerial nº 2.035, de 8 de novembro de 2001. (Ministérios de Saúde e da Justiça) considera que:

os Ministros de Estado Interinos da Saúde e da Justiça, no uso de suas atribuições, *considerando* as condições desfavoráveis de habitabilidade e salubridade da maioria das unidades prisionais do País, bem como as elevadas taxas de prevalência de infecção pelo HIV, AIDS, tuberculose, hepatites e outras doenças sexualmente transmissíveis e infectocontagiosas no âmbito do Sistema Penitenciário Nacional, resolvem:

Art. 1º Instituir Comissão Interministerial com a atribuição de definir estratégias e alternativas de promoção e assistência à saúde no âmbito do Sistema Penitenciário Nacional [...]. (BRASIL, 2001b, p. 32).

O *considerando* dessa portaria indica os agravos de saúde relativos às doenças sexualmente transmissíveis e infectocontagiosas nas unidades prisionais como um problema a ser combatido pelo governo. Essa indicação foi tomada como pista para a cartografia (pista *doenças infectocontagiosas*), pois sinaliza um ponto de tensionamento no plano coletivo das forças relativo ao tema geral da saúde no sistema prisional.

Apoiado no procedimento cartográfico seguimos a potência da pista *doenças infectocontagiosas*. Tal pista nos levou a outros setores e atores em busca dos tensionamentos que ela indicava. Por meio de entrevistas construímos um fragmento de memória de tal pista que entre outras coisas dizia:

naquela época, inclusive havia um [grupo de trabalho] GT (...), com a participação do Ministério da Justiça, que discutia tuberculose, HIV/AIDS, hanseníase. E esse era um GT que funcionava. Ele era informal e as pessoas se encontravam pra compartilhar experiências, conhecimentos e talvez encaminhar umas questões, algumas decisões. (...) tinha a participação do DEPEN⁴⁸, a participação da área técnica aqui [ATSSP⁴⁹], do

⁴⁸Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). Pertence ao Ministério da Justiça.

⁴⁹Área Técnica da Saúde no Sistema Penitenciário (ATSSP)

CNPCP⁵⁰, do pessoal da tuberculose, do pessoal da área de HIV/AIDS, do pessoal que trabalhava com hepatites virais e também com a Saúde Mental. (INFORMAÇÃO VERBAL)⁵¹.

Esse fragmento de memória confirmava a preocupação específica com os agravos de saúde relativos às doenças infectocontagiosas nos presídios. Assim, a potência da pista foi afirmada. Isso não significa dizer que essa foi a única estratégia utilizada na experiência cartográfica da saúde para o sistema prisional, já que o inverso também acontecia. A partir dos discursos colhidos nas entrevistas se chegava às legislações importantes, como também a posicionamentos políticos defendidos pelos técnicos.

Por exemplo, no que diz respeito ao problema de DST/AIDS no país, a resposta nacional foi construída com a participação efetiva do movimento social aqui representado por organizações não governamentais ONGs, que junto com os poderes instituídos faziam chegar aos presídios as ações de saúde necessárias para combater o problema no sistema prisional. Como vimos no primeiro capítulo este foi o caso do projeto Arpão. O mesmo podemos afirmar da ONG Igualdade-RS que criou no presídio central de Porto Alegre a ala destinada à população LGBT.

Essas ações para serem efetivadas nos presídios dependiam da anuência dos poderes instituídos locais (estados e municípios), particularmente aqueles do âmbito da segurança pública, já que se trata de uma seara delicada, pois a segurança no sistema prisional é privilegiada em relação à saúde.

A pista (movimento social) indicou a necessidade de se prestar atenção na participação dos movimentos sociais na construção da PNAISP, já que emerge transversalmente ao antagonismo entre saúde e justiça. Essa conjuntura mostra que, as forças instituintes sempre presentes nas problematizações fazem emergir novos problemas, até então não existentes.

A tensão entre saúde e justiça foi outra pista na experiência cartográfica. Essa tensão antagônica constitui um platô, no qual foi instituída a Comissão

⁵⁰ Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP)

⁵¹ Entrevista realizada com o coordenador adjunto da ATSSP em 2013.

Interministerial MS/MJ, que elaborou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) instituído em 2003, assim,

o Ministro de Estado da Saúde e o Ministro de Estado da Justiça, no uso de suas atribuições, considerando:

- A importância da definição e implementação de ações e serviços, consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS –, que viabilizem uma atenção integral à saúde da população compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional, estimada em mais de 200 mil pessoas, distribuída em todas as unidades federadas;

- A estimativa de que, em decorrência de fatores de risco a que está exposta grande parte dessa população, ocorra um número significativo de casos de DST/AIDS, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus;

- A necessidade de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças nos presídios;

- A importância da realização de estudos de abrangência nacional que revelem o perfil epidemiológico da população presidiária brasileira;

- A heterogeneidade, entre as unidades federadas, da assistência à saúde prestada às pessoas presas, e

- As recomendações da Comissão Interministerial, criada pela Portaria Interministerial MS/MJ nº 2035, de 8 de novembro de 2001, com a atribuição de formular propostas destinadas a viabilizar a atenção integral à saúde dessa população, RESOLVEM:

Art. 1º Aprovar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do ANEXO I desta Portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. (BRASIL, 2003a p.1)

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) se institui no governo federal com a intenção de construir a rede de produção de saúde no sistema penitenciário, conforme o SUS, uma vez que as ações de saúde para este território estavam sob a gestão das secretarias de justiça e não das secretarias de Saúde. Isso desestabilizou o jogo de forças antagônico entre saúde e justiça e o sistema penitenciário passou a ser visto como um território para promoção de saúde. Por exemplo, no Rio Grande do Sul a assistência à saúde para o sistema prisional é conduzida pela secretaria de saúde do estado e não pela secretaria de justiça. Além

disso, esse estado iniciou o processo de municipalização e de co-financiamento de Equipes de Atenção Básica - prisional (EAB p), conforme previstos na PNAISP.

A institucionalização do PNSSP foi o primeiro passo para corrigir o descompasso entre a lógica da saúde prescrita na Lei de Execução Penal (LEP) e a lógica de saúde preconizada pelo Sistema único de Saúde (SUS). Tal passo foi fundamental para iniciar a inclusão das pessoas privadas de liberdade no SUS. Como não se tratava mais somente dos agravos em saúde relativos às doenças infectocontagiosas, porém de um escopo bem mais amplo foi criada no Ministério da Saúde a Área Técnica da Saúde no Sistema Penitenciário (ATSSP) destinada a gerir o PNSSP e fomentar no país a criação do território prisional como um lugar de promoção de saúde que levasse em consideração a heterogeneidade da população privada de liberdade.

A criação do território de saúde prisional se esbarrou e se esbarra em limites que envolvem o antagonismo entre saúde e justiça que se materializam em problemas de ordem administrativa nas três esferas da federação (federal, estadual e municipal), mas não apenas nesse limite, uma vez que parte da opinião pública na sociedade brasileira tem muita dificuldade de reconhecer as pessoas encarceradas como sujeitos de direito, como ilustrado nas seguintes falas:

[...] como é que a gente observa no país que prospera que prosperou que se desenvolveu que vem crescendo que vem reduzindo misérias que vem reduzindo injustiça social, que no sistema prisional brasileiro esse movimento é muito mais letárgico? (INFORMAÇÃO VERBAL)⁵²

[...] porque é muito difícil reconhecer as pessoas que estão cumprindo pena como sujeitos de direitos. Que o único direito que elas estão privadas e, a principal pena, é ser privada de liberdade. Os demais direitos eles devem estar garantidos. (INFORMAÇÃO VERBAL)⁵³

[...] isso pressupõe o rompimento com algumas barreiras da moralidade da sociedade brasileira, que ainda justifica a presença de situações de violação de direitos humanos ou de negação de acesso à oportunidade de formação e renda, de acesso a processos educativos formativos, acesso à saúde como mais uma injustiça social ou como mais uma punição. Já que errou

⁵² Informação fornecida por Dário Frederico Pasche. Diretor do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas - DAPES/SAS/MS. Fala extraída do Hipervídeo disponível em <<http://www.redesestrategicassus.org/#/home>> Acessado em 10 out 2017).

⁵³ Informação fornecida por Sandra Maria Sales Fagundes. Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Fala extraída do Hipervídeo disponível em <<http://www.redesestrategicassus.org/#/home>> Acessado em out 2017).

ainda será tutelado pelo Estado e viverá um segundo inferno!
(INFORMAÇÃO VERBAL)⁵⁴

Essa conjuntura que envolve o antagonismo entre saúde e justiça, bem como o antagonismo que expressa a opinião de parte da sociedade que reconhece o direito à assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade e parte que não reconhece, coloca para os gestores o desafio de levar para o território prisional o SUS. Isso demonstra que uma política pública é construída a partir desses embates presentes na sociedade.

Portanto, particularmente, o fragmento de memória apresentado articula inicialmente um problema de saúde específico (doenças infectocontagiosas), que dispara ações de governância em torno da saúde geral no sistema prisional, cujo plano de força envolve o antagonismo entre saúde e justiça, por sua vez, transversalizado por movimentos sociais, inicialmente, o movimento LGBT e posteriormente, o movimento de Luta Antimanicomial. Além disso, toda problemática que envolve as mulheres no território prisional, que diz respeito à maternidade e o alto índice de encarceramento. Assim, a combinação entre entrevistas e os *considerandos* das legislações possibilitou construir pistas para experiência da cartografia da saúde para o sistema prisional.

⁵⁴ Informação fornecida por Dário Frederico Pasche. Fala extraída do Hipervídeo disponível em <<http://www.redesestrategicassus.org/#/home>> Acessado em 10 out 2017).

CAPÍTULO 5 PNAISP: entre a saúde pública e a justiça criminal

O poder político, inclusive no sentido jurídico da palavra “poder”, é o confisco por parte dos dirigentes da potência coletiva de seus súditos; confisco imaginário, que só produz efeitos reais na medida em que os próprios súditos acreditam na realidade dele. O problema então não é o de descobrir a melhor forma de governo: é o de descobrir, em cada tipo de sociedade política dada, as melhores formas de liberação, isto é, as estruturas que permitirão à multidão reapropriar-se de sua potência, desdobrando-a ao máximo — e que por isso, mas apenas por isso, conhecerão uma auto-regulação ótima.

PREFÁCIO, de Alexandre Matheron (Anomalia Selvagem, Negri)

No capítulo 1 apresentamos o mapa da construção do PNSSP numa perspectiva mais genealógica. Nesse mapa localizamos os enunciados biopolíticos, ou seja, aqueles para os quais a vida se tornou objeto de disputa nas sociedades contemporâneas. Localizamos nessa disputa a construção do PNSSP como meio de defesa da vida das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional. Entretanto, o PNSSP se mostrou insuficiente nessa defesa, uma vez que atingiu uma baixa adesão nos estados e municípios.

No capítulo 2 apresentamos o mapa da cartografia da passagem do plano (PNSSP) à política (PNAISP). Mapeamos, por um lado, os esforços realizados para corrigir as possíveis falhas técnicas do PNSSP, por outro lado, mapeamos as estratégias para lidar com o antagonismo não dialético entre saúde e justiça que desdobra o desenvolvimento do processo de individuação da PNAISP. Assim, localizamos como estratégia para alterar a relação de forças dissimétricas entre saúde e justiça a maior participação coletiva na construção da PNAISP, ou seja, a participação da multidão conforme indicado no capítulo 3.

Tanto o mapa do PNSSP quanto o mapa da PNAISP mostraram que o processo de individuação de uma política de saúde para o sistema prisional brasileiro ocorre num cenário biopolítico, no qual entra em cena a saúde, a justiça e a participação pública, configurando um plano coletivo de forças instituintes, reformadoras e instituídas, cuja trama desdobra a individuação da PNAISP. Vejamos como isso ocorre.

No capítulo 4 de metodologia falávamos de processos de individuação e operação de transdução, relativos a duas realidades díspares que implicavam modos de construção de políticas públicas. Considerando tais realidades mostraremos na experiência cartográfica da política de saúde para o sistema prisional o papel dos antagonismos das forças, ou seja, valorizaremos muito mais as forças que estão em jogo no seu processo de individuação do que sua forma. O acento será colocado no plano de produção constituído pelas relações de forças heterogêneas e antagônicas não dialéticas a partir das quais foi extraída a forma atual da PNAISP.

Sendo assim, problematizaremos o que se passa entre as forças instituintes e forças instituídas presentes no domínio de realidade metaestável, a qual pertence à PNAISP. O domínio de realidade metaestável é definido por Simondon como

o conjunto da realidade que pode receber uma estruturação, que pode tomar forma por operação transdutiva, ou por outra operação (pois a operação transdutiva provavelmente não é a única que existe; há também os processos disruptivos que não são estruturantes, mas somente destrutivos). (SIMONDON, 1989, p. 64).

O domínio de realidade, ao qual diz respeito tanto o PNSSP quanto à PNAISP é o território prisional. Esse domínio é composto por dois grandes platôs, ou seja, aquele que se refere à saúde e aquele que diz respeito à justiça. Tanto a saúde quanto a justiça duas formas atuando como dois platôs com grande capacidade de codificação das forças, isto é, grande capacidade de fixação e estabilização das forças, por meio de procedimentos institucionais e que na atualidade cumprem o papel legitimador de verdades sobre a vida. Para adentrar esse domínio tentaremos mostrar a sobreposição desses dois platôs como uma estratégia de se governar a vida.

Para começarmos a delimitar o domínio metaestável da PNAISP recorreremos ao pensamento de Michel Foucault, de modo que possamos circunscrever o conjunto de realidade que envolve a saúde e a justiça no sistema prisional. Abordar qualquer atividade governamental de saúde e de justiça na sociedade contemporânea exige que mostremos como a vida se tornou objeto para

as práticas de governo, ou seja, como as praticas de governo que dizem respeito ao modo como nos governamos e como somos governados por outros se incumbiram da vida. Portanto, é a gestão da vida da população privada de liberdade que comparece como tecido do domínio metaestável da PNAISP.

5.1 A vida, o poder e suas tramas.

Podemos dizer, a partir do pensamento foucaultiano, que as práticas de governo têm suas especificidades, conforme o modo pelo qual se configuram as relações de poder em um determinado período histórico. O propósito do pensamento foucaultiano foi realizar uma análise das relações de poder com o objetivo de compreender o seu exercício, isto é,

tanto à emergência histórica de seus modos de aplicação quanto aos instrumentos que ele se dá, os campos onde ele intervém, a rede que ele desenha e os efeitos que ele implica numa época dada. Em nenhum caso, trata-se, por consequência, de descrever um princípio de poder primeiro e fundamental, mas um agenciamento, no qual se cruzam as práticas, os saberes e as instituições, e no qual o tipo de objetivo perseguido não se reduz somente à dominação, pois não pertence a ninguém e varia ele mesmo na história. (REVEL, 2005, p. 67)

Foucault demonstrou diversos modos de exercício de poder implicados nas práticas de governo. Ele analisou o poder de soberania o poder disciplinar e, por fim, o Biopoder. Quando nos falou do poder de soberania mostrou que esse girava em torno da figura do rei, a partir do qual se construiu, na Idade Média, o edifício jurídico ocidental, cuja finalidade era determinar a legitimidade do poder do monarca, ou seja, como o rei incorporava a função de soberania ou como era possível limitar o poder real caso o rei ultrapassasse os limites do seu direito fundamental. (FOUCAULT, 1995).

Posteriormente, Foucault definiu a análise das relações de poder de outra maneira e propôs outra perspectiva das práticas de governo, isto é, ele deslocou sua análise dos discursos sobre o direito de punição estabelecido na Idade Média a

partir do poder soberano para mostrar de que forma se engendram até hoje estados de dominação não somente pautados pela lei, como também por meio de regulamentos institucionais e de um conjunto de aparelhos que exerce o poder no corpo social. Nessa perspectiva, Foucault colocou suas análises sobre as relações de poder da seguinte forma:

examinar como a punição e o poder de punir materializavam-se em instituições locais, regionais e materiais, quer se trate do suplício ou do encarceramento, no âmbito ao mesmo tempo institucional, físico, regulamentar e violento dos aparelhos de punição. Em outras palavras, captar o poder na extremidade cada vez menos jurídica de seu exercício. (FOUCAULT, 1995, p. 182).

Se distanciando das teorias do direito monárquico ou democrático que buscam delimitar onde e como o direito de punir se fundamenta, Foucault (1995) estabeleceu para suas análises das relações de poder as seguintes preocupações metodológicas:

1 – Não pensar o poder como sendo originário de um centro de onde ele emana, ou seja, não pensar o poder como um direito seja do Rei ou do Estado de controlar, punir, dominar o outro (súdito ou cidadão). Entretanto, analisar o poder nas suas formas e instituições mais regionais e locais, de modo a apreender seu exercício mais microfísico incorporado nas relações institucionais, lá onde ele ultrapassa as próprias regras do direito para extrair seus efeitos de repressão ou estimulação.

2 – Não analisar o poder no plano das intenções ou decisões de um sujeito, isto é, não perguntar “quem tem poder?”; “quem é o seu dono e o que pretende?”. Em vez disso, perguntar “como funciona o poder ao nível do processo de sujeição dos corpos?”; Por meio de quais práticas e técnicas reais e efetivas se investem nos corpos tornando-os sujeitados?

3 – Não tomar o poder como fenômeno absoluto de dominação de uns sobre os outros como se existissem aqueles que o detêm exclusivamente e aqueles que por não possuírem o poder lhe são submetidos. A noção de forças é a que melhor caracteriza a análise das relações de poder, já que essas relações devem ser

analisadas como forças que circulam, isto é, como algo que só funciona em rede podendo, por exemplo, derivar para estados de dominação. Podemos dizer que o poder é relacional, logo, ninguém o possui como se fosse um bem, pois o poder só existe em relação passando e constituindo os indivíduos que, por sua vez, fazem circular essas forças seja exercendo-as ou sofrendo sua ação. Essas forças investem nos corpos e gestos, discursos e desejos, constituindo indivíduos que nada mais são do que o efeito desses investimentos.

4 – Não fazer uma análise descendente do poder como se este, a partir de um centro se estenderia verticalmente e se reproduziria nos níveis mais periféricos da sociedade. Deve-se, antes, fazer uma análise ascendente do poder a partir dos micros mecanismos, cujas técnicas e táticas têm uma história, para, assim, examinar como estes mecanismos menores foram utilizados e transformados por mecanismos mais gerais e por formas de dominação global. Não porque se está diante de uma dominação de uns sobre os outros que se estende de cima para baixo subtraindo qualquer tentativa de resistência, mas, sobretudo, como os dispositivos de poder são anexados e estimulados por fenômenos mais globais de dominação. Dito de outra forma, analisar como os mecanismos de poder já existentes nas sociedades foram reutilizados em práticas de governo do Estado, a fim de atender, por exemplo, demandas de uma classe burguesa dominante.

5 - Não fazer a análise do poder a partir das ideologias que a sustentam, mas analisar o modo como o poder constrói ideologias, ou seja, que tipos de discursos considerados verdadeiros ele sustenta, por meio de organizações de saberes específicos como o da medicina ou psicologia que são construções ideológicas. Portanto, analisar os instrumentos que permitem a formação e acumulação dos saberes, por exemplo, os métodos de observação com suas técnicas de registro, procedimentos de inquérito e de pesquisa. Tudo isto, que permite ao poder, nesses mecanismos sutis, formar, organizar e pôr em circulação aparelhos de saber que buscam fixar verdades sobre os sujeitos, por meio de procedimentos existentes na sociedade que foram incorporados em esquemas maiores de dominação.

Os parâmetros definidos por Foucault para uma análise das relações de poder permitiram incluir outros elementos para pensar as formas de governo. As investigações sobre as relações de poder realizadas por Foucault são circunscritas a

determinados períodos históricos e com objetos bem delimitados. Assim, Foucault faz a história das punições em sua relação com os corpos.

5.1.1 Poder soberano

Foucault localiza na Idade Média o suplício como uma das maneiras de investimento do poder soberano sobre a vida dos súditos. O suplício é a pena icônica da soberania, por meio do qual o rei ostentava seu poder. A punição nesse regime de poder se materializava no corpo do condenado segundo critérios estabelecido nos códigos jurídicos, que detalhavam as regras para a punição. Por exemplo, definiam

número de golpes de açoites, localização do ferrete em brasa, tempo de agonia na fogueira ou na roda (o tribunal decide se é o caso de estrangular o paciente imediatamente, em vez de deixá-lo morrer, e ao fim de quanto tempo esse gesto de piedade deve intervir, tipo de mutilação a impor (mão decepada, lábios ou língua furados) (FOUCAULT, 2004, p. 30).

O código jurídico da dor correlacionava o sofrimento físico com a gravidade do crime, ou seja, calculava a qualidade, a intensidade, o tempo dos sofrimentos, conforme o tipo de crime, a índole do criminoso e seu nível social. (FOUCAULT, 2004).

A pena do suplício era executada em praça pública, não somente com finalidade de demonstração do poder régio de infringir aos súditos uma violência, como também para trazer à luz a culpabilidade do condenado, que deveria, no ato da execução da pena, confessar em bom tom o seu crime. Assim, no que diz respeito a sua culpa, o criminoso era encarregado,

de algum modo, de proclamá-la, e dessa maneira, de atestar a verdade do que lhe foi reprovado: passeio pelas ruas, cartaz lhe é pendurado nas costas, no peito ou na cabeça para lembrar a sentença; paradas em vários cruzamentos, leituras do documento de condenação, confiscação pública à

porta das igrejas, durante a qual o condenado reconhece seu crime... (FOUCAULT, 2004, p.37).

Tratava-se de um cerimonial de extração, por meio do suplício, da verdade. Esse cerimonial penal/jurídico combinava tortura e confissão para fazer coincidir, por meio da verdade, o delito e a acusação. Assim, o poder soberano se caracterizava tanto pela violência quanto pela produção da verdade. Foi com tal relação que Foucault se ocupou, não para saber como os discursos de verdades fixam os limites de direito do poder, como faz tradicionalmente a filosofia política, porém para saber de que regras de direito, que tipo de poder uma sociedade como a nossa lança mão para produzir discursos de verdade (FOUCAULT, 1995).

Essa caracterização do poder soberano demonstra a relação do direito com o poder constituído. Segundo Foucault (1995), o direito nas sociedades ocidentais, desde a Idade Média, elabora seu edifício jurídico tendo em vista o poder real. Assim, se falava do poder soberano,

ou para mostrar sob que couraça jurídica se exercia o poder real, como o monarca incarnava de fato o corpo vivo da soberania, como seu poder, por mais absoluto que fosse, era exatamente adequado ao seu direito fundamental. Ou, ao contrário, para mostrar como era necessário limitar o poder do soberano, a que regras de direito ele deveria submeter-se e os limites dentro dos quais ele deveria exercer o poder para que este conservasse sua legitimidade. (FOUCAULT, 1995, p. 183)

Para Foucault (1995), a teoria do direito quando se ocupa da soberania seja para fazer aparecer o direito legítimo do rei seja para fazer aparecer a obediência dos súditos, dissolve o efeito de dominação dentro do próprio direito. Assim, Foucault buscou

mostrar não só como o direito é, de modo geral, o instrumento dessa dominação – o que é consenso – mas também como, até que ponto e sob que forma o direito (e quando digo direito não penso simplesmente na lei, mas no conjunto de aparelhos, instituições e regulamentos que aplicam o direito) põe em prática, veicula relações que não são relações de soberania e sim de dominação. (FOUCAULT, 1995, p. 185)

Desta forma, Foucault desloca as análises das relações de poder que tradicionalmente estavam centradas no poder soberano para pensar as múltiplas sujeições, as formas de dominação existentes no interior do corpo social. Desta forma, entra em cena nos estudos foucaultianos o poder disciplinar.

5.1.2 Poder disciplinar

Segundo Foucault, a partir do século XVII e XVIII uma nova mecânica das relações de poder foi inventada permitindo outras práticas de governo. Foucault mostra que os investimentos de poder que na Idade Média se direcionava aos corpos dos súditos, ganhou uma nova configuração, a partir da qual o corpo foi investido por técnicas disciplinares. Para Foucault,

este novo tipo de poder, que não pode mais ser transcrito nos termos da soberania, é uma das grandes invenções da sociedade burguesa. Ele foi um instrumento fundamental para a constituição do capitalismo industrial e do tipo de sociedade que lhe é correspondente; este poder não soberano, alheio à forma da soberania, é o poder disciplinar. (FOUCAULT, 1995. p. 188).

O mecanismo de poder disciplinar opera o que Foucault (2004) denominou de anátomo-política, já que se trata de um exercício de poder que permite o controle minucioso das operações do corpo, que realiza a sujeição constante de suas forças e lhe impõe uma relação de docilidade-utilidade, isto é, “que une o corpo analisável ao corpo manipulável. É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (FOUCAULT, 2004, p. 118). Esse corpo, do qual Foucault fala é considerado um elemento numa engrenagem social. Neste sentido, todo investimento disciplinar é uma anátomo-política.

Segundo Foucault (2004), as principais características do mecanismo de governo disciplinar são: a disciplina se caracteriza por ser um tipo de organização do espaço, na medida em que é uma técnica de distribuição dos indivíduos através da inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório. Ela

também é um controle do tempo, isto é, ela estabelece a sujeição do corpo ao tempo com o objetivo de produzir o máximo de rapidez e o máximo de eficiência da atividade realizada pelos indivíduos. A vigilância é um de seus principais instrumentos de controle e é exercida segundo o modelo do Panopticon de Bentham.

Por fim, a disciplina implica um registro contínuo de conhecimentos, por meio de procedimentos de exame. Isso significa dizer que, ao mesmo tempo em que exerce um poder através da vigilância, produz um saber sobre os indivíduos para governá-los de modo mais eficiente. A disciplina compreendida como uma forma de exercício de poder se formula fundamentalmente nas prisões e repercute em outros estabelecimentos fechados como, indústrias, escolas, hospitais até se estender por todo corpo social.

Quanto ao exercício do poder disciplinar, o seu ponto de apoio não está na figura do rei como ocorria com o poder de soberania, mas nos corpos dos indivíduos. Trata-se de um diagrama de poder que não atua do exterior, mas trabalha o corpo dos homens, manipula seus elementos, produz seu comportamento, enfim, fabrica o tipo de homem necessário ao funcionamento e manutenção da sociedade industrial capitalista.

A disciplina é uma invenção moderna, cujo objetivo econômico era tornar o exercício de poder o menos custoso possível. Em termos político, possibilitou que existisse pouca resistência ao exercício de poder, já que a disciplina é uma tecnologia, através da qual o poder é efetuado difusamente e com relativa invisibilidade. Socialmente, fez com que os efeitos do exercício de poder fossem levados ao máximo de intensidade e estendidos tão longe que possível, sem fracasso ou lacuna por todo corpo social. Em suma, faz crescer ao mesmo tempo a docilidade dos corpos, na medida em que controla suas forças e a utilidade de todos os indivíduos, na medida em que são tomados como elementos na engrenagem do sistema industrial. Portanto, fabricação de indivíduos-máquina para uma sociedade-máquina.

Diferentemente do poder de soberania, que gira em torno do discurso jurídico da lei, do que é lícito e ilícito, conforme a vontade do rei, o poder disciplinar privilegia a norma, ou seja, a regra que, por exemplo, define e distingue o que é o homem

normal do homem anormal. Embora haja diferença entre as duas formas de exercício de poder, isso não significa que o poder disciplinar substituiu o poder de soberania. Assim, às punições características do poder soberano (açoite, masmorra, decapitação) se sobrepõe o castigo disciplinar, que é essencialmente corretivo, isto é, visa reduzir os desvios normativos e fazer com que os indivíduos se comportem, conforme as regras prescritas nos códigos de normas formulados no âmbito da ciência dos homens. A técnica principal era o exame por meio do qual se vigiava e se corrigia.

Ainda hoje, a prática de tratamento cruel ou tortura coexiste com as práticas disciplinares. Por exemplo, existem em presídios brasileiros as celas disciplinares conhecidas como “castigo”. Nelas, “o castigo é local destinado para cumprimento temporário de sanção disciplinar por alguma falta cometida na unidade. Suas condições estruturais são de costume as mais precárias em termos de higiene e inexistência de entrada de iluminação natural” (PASTORAL CARCERÁRIA, 2016, p. 112). Segundo o relatório da Pastoral Carcerária,

no CDP⁵⁵ da Praia Grande e em Pinheiros, que são unidades adaptadas de antigas carceragens da Polícia Civil, as frestas para entrada de luz e ar se encontram tapadas, só havendo iluminação indireta e artificial. Nessas condições extremamente nocivas, os presos podem passar de 10 a 30 dias (PASTORAL CARCERÁRIA, 2016, p. 112).

Esse tipo de prática, por mais que tenha sido questionada na esfera do poder disciplinar, em nome de uma humanização das penas que incidiam sobre corpos dos súditos não desapareceu e permanece até os dias atuais, não mais exercida por um rei, porém pelo Estado. Se na Idade Média a punição era um direito do rei, na modernidade, ela é exercida dentro ou fora da lei pelo poder soberano do Estado.

Segundo Foucault (2004), o encontro do direito com as técnicas e discursos da disciplina caracteriza o funcionamento global daquilo que ele denominou sociedade de normalização, isto é,

⁵⁵Centro de Detenção Provisória de Praia Grande - CDP

as disciplinas veicularão um discurso que será o da regra, não da regra jurídica derivada da soberania, mas o da regra "natural", quer dizer, da norma; definirão um código que não será o da lei, mas o da normalização; referir-se-ão a um horizonte teórico que não pode ser de maneira alguma o edifício do direito, mas o domínio das ciências humanas; a sua jurisprudência será a de um saber clínico. (FOUCAULT, 1995, p. 189).

O surgimento do poder disciplinar não fez desaparecer o poder de soberania. Este, segundo Foucault (2005), passou a coexistir com o poder disciplinar, já que continuou sendo referência de organização dos códigos do direito, que passam a se referir à soberania dos Estados democráticos e não mais ao soberano. Há assim,

nas sociedades modernas, a partir do século XIX até hoje, por um lado, uma legislação, um discurso e uma organização do direito público articulados em torno do princípio do corpo social e da delegação de poder; e por outro, um sistema minucioso de coerções disciplinares que garanta efetivamente a coesão deste mesmo corpo social. Ora, este sistema disciplinar não pode absolutamente ser transcrito no interior do direito que é, no entanto, o seu complemento necessário. Um direito de soberania e um mecanismo de disciplina: é dentro destes limites que se dá o exercício do poder. (FOUCAULT, 1995. p. 189).

Se na Idade Média, para salvaguardar a terra e seus produtos, a soberania se apresenta como o exercício de poder, por meio do qual o rei governa o povo no sentido de fazer calar qualquer tipo de revolta dos súditos através, por exemplo, das sentenças de suplício; no período moderno, a disciplina se destina aos corpos dos homens que compõem uma massa amorfa, individualizando-os, normalizando-os, diminuindo suas potências de revolta, na medida em que controla suas forças no cotidiano de suas vidas.

Encontramos na sociedade disciplinar a intensificação de um poder positivo, ou seja, que investe positivamente nos corpos para maximizar suas forças de modo a torna-los úteis. Assim, na modernidade nasce a sociedade disciplinar, contexto em que emergem entre o poder soberano e o poder disciplinar as ciências humanas com os seus respectivos agentes sociais que se incumbirão do processo de normalização constituindo verdades para um novo modo de governar os homens.

Portanto, regras de direito, mecanismos disciplinar de poder se conjugam com poder dos discursos verdadeiros produzidos no âmbito das ciências humanas.

Desta forma, a sobreposição de poderes implica nas sociedades modernas, por um lado o direito do Estado de punir, conforme ou não a regra jurídica e, por outro lado, a capacidade de vigiar, a partir da norma, em estabelecimentos institucionais como, por exemplo, a prisão. Podemos dizer que esse novo modo de exercício de poder (vigiar e punir) foi uma estratégia do poder constituído contra o poder constituinte da multidão, isto é um modo de conter as revoltas populares. Vejamos como funcionou essa estratégia.

O poder disciplinar não alcança a sociedade como um todo, no sentido de estabelecer um controle mais extenso sobre a multidão, já que seu foco é o corpo do indivíduo e se efetivou “em nível local, em formas intuitivas, empíricas, fracionadas, e no âmbito limitado de instituições como a escola, o hospital, o quartel, a oficina, etc.”. (FOUCAULT, 2005, p. 298). Entretanto, podemos dizer que a sociedade disciplinar se constituiu como contexto de possibilidades para que o poder de morte do soberano sobre os súditos pudesse ser desqualificado em favor do poder disciplinar, que tornaria aptos os corpos desses súditos para ingressarem na lógica de trabalho industrial.

Essa desqualificação, segundo Foucault (2004), é menos para atender as reivindicações morais do humanismo e mais para satisfazer a necessidade de um corpo vivo apto ao trabalho. Esse corpo vivo passa a ser um elemento novo nas relações de poder e superfície de investimento das práticas de governo das sociedades disciplinares. Assim, se constitui, mesmo que precária, uma das faces da estratégia de contenção da potência da multidão. Vejamos como se constitui a outra face.

A entrada da vida nas tramas do poder ultrapassa o âmbito individual para alcançar grupos sociais em conflito que compõem a multidão. Segundo Foucault (2005), a assunção da vida pelo poder emerge através do discurso do racismo de Estado, ou seja, dos discursos sobre a raça no sentido biológico do termo. A

emergência⁵⁶ do racismo é uma estratégia de governo contra os discursos das lutas das raças, que questionavam a legitimidade do poder de soberania, isso é, contra o poder constituinte de tais lutas. É importante ressaltar que a palavra raça nos discursos históricos das lutas das raças

não é pregada a um sentido biológico estável (...). Ela designa, finalmente, uma certa clivagem histórico-política, ampla sem dúvida, mas relativamente fixa. Dirão, e nesse discurso dizem, que há duas raças quando se faz a história de dois grupos que não têm a mesma origem local; dois grupos que não têm, pelo menos na origem, a mesma língua e em geral a mesma religião; dois grupos que só formaram uma unidade e um todo político a custa de guerras, de invasões, de conquistas, de batalhas, de vitórias e de derrotas, em suma, de violências; um vínculo que só se estabeleceu através da violência da guerra. (FOUCAULT, 2005, p. 90)

Assim, podemos dizer que o sentido histórico de raça nesse contexto de emergência da sociedade disciplinar, se referia às lutas presente na multidão, ou melhor, aos antagonismos que dividiam a multidão em grupos, cujo poder soberano tentava conter. Desta forma, o sentido de raça se referia a grupos que eram vistos pelo poder soberano como inimigos políticos, sobre os quais se exercia a função de matar.

Segundo Foucault (2005), já no século XVIII-XIX, o tema da raça, ganha outro sentido histórico. Apoiado na teoria evolucionista, de Charles Darwin e a teoria da degenerescência⁵⁷, de Bénédict Morel, foi conferido ao conceito de raça um sentido biológico. O discurso biomédico sobre o tema das raças foi apropriado pelo poder, que se utilizando do argumento da defesa da vida criou as condições de possibilidade de outro modo de exercício de poder e controle dos conflitos sociais.

A apropriação do tema das raças, com todos os seus deslocamentos realizados para evitar as lutas da multidão, funda o que Foucault denominou de

⁵⁶ O Conceito de emergência é utilizado por Michel Foucault (1995) para se contrapor à ideia de origem e destacar o ponto de surgimento dos acontecimentos que se produz conforme os estados de forças que caracterizam determinado momento histórico.

⁵⁷ “Essa teoria da degenerescência, fundamentada no princípio da transmissibilidade da tara chamada “hereditária”, foi o núcleo do saber médico sobre a loucura e a anormalidade na segunda metade do século XIX. Muito cedo adotada pela medicina legal, ela teve efeitos consideráveis sobre as doutrinas e as práticas eugênicas e não deixou de influenciar toda uma literatura, toda uma criminologia e toda uma antropologia”. (FOUCAULT, 2005, p. 301)

racismo de Estado, ao mesmo tempo em que coloca a vida nas redes do poder. Trata-se, paradoxalmente de “um racismo que uma sociedade vai exercer sobre ela mesma, sobre os seus próprios elementos, sobre os seus próprios produtos; um racismo interno, o da purificação permanente, que será uma das dimensões fundamentais da normalização social” (FOUCAULT, 2005, p. 73).

Nesse sentido, o racismo de Estado se preocupa em combater os perigos biológicos que ameaçam a vida e os seus inimigos são os doentes, os desviados, os loucos, os criminosos, enfim, as raças degeneradas. É importante ressaltar que o discurso sobre o tema da vida se refere à evolução da espécie, da seleção do mais forte, enfim da raça pura. Portanto,

o canto rouco das raças que se enfrentam através das mentiras das leis e dos reis, esse canto que, afinal de contas, produziu a primeira forma do discurso revolucionário, tomou-se a prosa administrativa de um Estado que se protege em nome de um patrimônio social que deve ser guardado puro. (FOUCAULT, 2005, p. 98).

A preocupação governamental pela vida inaugura, a partir da segunda metade do séc. XVIII, outro modo de exercício de poder denominado por Foucault (2005) de biopolítica, que é uma tecnologia que permite gerir a vida dos homens, cujos corpos são suporte de processos biológicos que devem ser controlados e regulados. Se no poder soberano estava dada a possibilidade ao monarca de fazer morrer ou deixar viver os homens que cometessem um infração contra ao seu poder (FOUCAULT, 2005), na biopolítica, trata-se de um poder de fazer viver os homens que são úteis ao corpo social ou deixar morrer aqueles que são considerados nocivos à vida da espécie humana, logo, ao conjunto da sociedade.

Esse novo modo de exercício de poder sobre a vida coabita com o poder disciplinar de que falávamos agora há pouco. Entretanto, segundo Foucault (2005), na biopolítica o exercício de poder não tem como foco o corpo do indivíduo, ou seja, não considera o indivíduo no nível do detalhe, de modo a extrair as forças do seu corpo e torná-lo dócil. Na biopolítica, por meio de mecanismos globais busca-se obter estados também globais de equilíbrio sobre a espécie humana, isto é, visa garantir um equilíbrio no funcionamento dos processos biológicos dos homens e

assegurar uma regulamentação do conjunto desses homens. Assim, a biopolítica é a outra face da estratégia do poder constituído para conter a potência da multidão.

As duas faces (disciplinar e biopolítica) da estratégia do poder constituído podem ser descritas da seguinte maneira. Na primeira, o foco de incidência do poder disciplinar, são os corpos dos homens institucionalizados nas indústrias, escolas, prisões, cuja finalidade é adaptá-los aos objetivos dos respectivos estabelecimentos, porém sem que se tenha um alcance significativo sobre o conjunto desses homens que compõem uma massa amorfa. Na segunda, o foco de incidência na biopolítica ocorre sobre o homem espécie, ou seja, sobre o conjunto dos homens organizando-os em uma população. Mais precisamente,

a disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos. E, depois, a nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc. (FOUCAULT, 2005, p. 289)

Neste caso, o domínio de intervenção são os processos de natalidade, mortalidade, longevidade, morbidade realizados, por meio de dispositivos de segurança que têm como função lidar, por exemplo, com a velhice, os incapacitados por acidentes, enfermidades, anomalias, etc., isto é, os que não possuem força produtiva. Esses dispositivos de segurança lançam mão das medidas estatísticas para se fixarem e conhecer esses fenômenos demográficos, de modo que se possa organizar a população em termos, por exemplo, de poupança individual e coletiva, previdência social, plano de saúde, seguro de vida.

Portanto, segundo Foucault (2005), a partir do séc. XVIII, dois conjuntos de mecanismos de poder se sobrepõem, embora não atuem no mesmo nível de intervenção: uma anátomo-política que relaciona na série corpo (organismo, disciplina, estabelecimentos institucionais) e uma biopolítica, que relaciona na série população (processos biológicos, mecanismos regulamentadores, Estado). Desta

forma, podemos afirmar que a anátomo-política e a biopolítica formam as duas faces da estratégia de controle da multidão.

5.1.3 Biopoder

Apesar da diferença entre a anátomo-política cujo foco de intervenção são os corpos dos indivíduos e a biopolítica cujo foco de intervenção é o conjunto da população, por volta do século XIX, esses dois mecanismos se encontram em um ponto de intercessão, a partir do qual podem articular-se um com o outro. Segundo Foucault (2005), os mecanismos disciplinares dos corpos e os mecanismos regulamentadores da população, são articulados uns aos outros a partir da sexualidade, sendo esta um dispositivo de poder que ao mesmo tempo visa disciplinar os corpos e regulamentar o conjunto da população.

O controle exercido pelo dispositivo de sexualidade é ao mesmo tempo individualizante e totalizante, pois é realizado por meio da norma que pode ser aplicada tanto ao corpo do indivíduo quanto ao conjunto populacional. Mais precisamente,

a sexualidade, de um lado e enquanto comportamento exatamente corporal depende de um controle disciplinar, individualizante, em forma de vigilância permanente (são os famosos controles, por exemplo, da masturbação que foram exercidos sobre as crianças desde o fim do século XVIII até o século XX, e isto no meio familiar, no meio escolar, etc., representam exatamente esse lado de controle disciplinar da sexualidade); e depois, por outro lado, a sexualidade se insere e adquire efeito, por seus efeitos procriadores, em processos biológicos amplos que concernem não mais ao corpo do indivíduo, mas a esse elemento, a essa unidade múltipla constituída pela população. (FOUCAULT, 2005, p. 300).

Cabe ressaltar a importância da medicina no controle da sexualidade. Segundo Foucault (2005), a medicina possui um papel social fundamental no funcionamento do dispositivo de sexualidade e controle dos corpos individualmente e coletivamente, na medida em que tem como objetivo, por um lado, prevenir o

desvio e restituir o corpo do indivíduo à normalidade caso ele tenha se desviado do padrão normal, por outro lado, evitar a degenerescência da raça humana coibindo a sexualidade irregular dos devassos, de modo que não se transmita de geração a geração o mau comportamento. Assim, a medicina nesse contexto fornece o saber-fazer que fundamenta a disciplinarização e regulamentação da sexualidade dos indivíduos e população.

O dispositivo de sexualidade permitiu que a normalização dos corpos dos indivíduos realizada pelo poder disciplinar pudesse ser estendida ao contingente de pessoas que formavam uma massa amorfa sem controle, por meio da biopolítica. A partir desse momento, segundo Foucault (2005) o processo de normalização da sociedade iniciado com o poder disciplinar se conclui não porque as instituições disciplinares teriam se alastrado por toda a sociedade, mas pela possibilidade de articulação da norma da disciplina com a norma da regulamentação da população constituindo, assim, a sociedade de normalização. Assim,

acerca da sociedade, de sua saúde e suas doenças, de sua condição de vida, de sua habitação e de seus hábitos, começa a se formar um saber médico-administrativo que serviu de núcleo originário à "economia social" e à sociologia do século XIX. E constitui-se, igualmente, uma ascendência político-médica sobre uma população que se enquadra com uma série de prescrições que dizem respeito não só à doença, mas às formas gerais da existência e do comportamento (a alimentação e a bebida, a sexualidade e a fecundidade, a maneira de se vestir, a disposição ideal do habitat). (FOUCAULT, 1995, p. 200)

Desta forma, a articulação do poder disciplinar dos corpos (anátomo-política) com o poder regulamentador da população (biopolítica) possibilitou a emergência, no século XIX, de um poder de duas faces que Foucault (2005) denominou de biopoder e que caracteriza a sociedade de normalização. O biopoder faz investimento na vida em geral e sua extensão vai do corpo do indivíduo ao conjunto da população.

Segundo Foucault (2005), o investimento na vida que é a característica principal do biopoder segue o princípio paradoxal de fazer viver e de deixar morrer. Enquanto no poder de soberania fazer morrer era um direito do rei, no biopoder, por

mais que se invista na vida prolongando-a, se deixa morrer ou no limite se mata determinado segmento populacional com a justificativa de assegurar a vida da população em geral. Ora, como é possível um poder ser ao mesmo tempo cuidadoso e letal?

Foucault exemplifica esse paradoxo quando nos fala do poder atômico, isto é, da utilização de bomba atômica que em vez de assegurar a vida, a suprime. De outro modo, o paradoxo se instaura por excesso do biopoder, ou seja, pela possibilidade técnica de se criar novas formas de vidas, por exemplo, vírus letais que se tornam incontrolláveis provocando epidemias. Nesse sentido, o paradoxo diz respeito ao poder de decidir quem deve viver e quem deve morrer.

Em termos institucionais esse paradoxo é habitado pelo Estado. Com a emergência do biopoder o Estado, na maioria das vezes, assume a decisão de fazer viver ou deixar morrer e o mecanismo governamental, por meio do qual se decide quem vive e quem morre é, segundo Foucault (2005), o racismo, pois permite ao Estado distinguir dentro do conjunto da espécie humana grupos que serão classificados em termos de raça superior e inferior, de modo que o grupo considerado raça inferior será isolado, por exemplo, na prisão ou deixado à própria sorte e, no limite, exterminado em nome de uma pureza da espécie e de uma vida sadia.

Desta forma, "a raça, o racismo, é a condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade de normalização" (FOUCAULT, 2005, p. 306). Portanto, podemos dizer que numa sociedade de normalização as ações de governo, pautadas no biopoder, passam por um controle da vida que pode ter uma direção de promoção da vida, por meio dos procedimentos de cuidados relativos ao âmbito da saúde, bem como uma direção de supressão da vida, através de práticas cruéis que, por exemplo, podem ser a pena de morte ou o extermínio dos anormais e dos socialmente degenerados.

5.2 O território prisional: realidade metaestável da PNAISP

Conforme a exposição do pensamento foucaultiano, dos modos de exercício de poder (soberano, disciplinar, biopoder), que se dirigem aos corpos individualmente e coletivamente podemos circunscrever o território prisional, domínio de realidade metaestável da PNAISP e o dispositivo que o concerne, isto é, a prisão. A noção de território que estamos utilizando tem um sentido muito amplo e deve ser compreendida da seguinte forma:

o território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto dos projetos e das representações, no qual vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos. [Entretanto], o território pode se desterritorializar, isto é, abrir-se, engajar-se em linhas de fuga e até sair de seu curso e se destruir. [Mas também sua], reterritorialização consistirá numa tentativa de recomposição de um território engajado num processo desterritorializante. (GUATTARI e ROLNIK, 1996, p. 323).

A definição de território é condizente com a noção de um plano coletivo de forças moventes em equilíbrio metaestável. Essa perspectiva física e subjetiva do território implica à construção de dispositivo que encarna essas forças, cujo funcionamento Deleuze descreveu em termos de linhas. Assim, na perspectiva deleuziana o dispositivo

é antes de mais nada uma meada, um conjunto multilinear, composto por linhas de natureza diferente. E, no dispositivo, as linhas não delimitam ou envolvem sistemas homogêneos por sua própria conta, como o objeto, o sujeito, a linguagem, etc., mas seguem direções, traçam processos que estão sempre em desequilíbrio, e que ora se aproximam ora se afastam umas das outras. Qualquer linha pode ser quebrada – está sujeita a variações de direção – e pode ser bifurcada, em forma de forquilha – está submetida a derivações. Os objetos visíveis, os enunciados formuláveis, as forças em exercício, os sujeitos numa determinada posição, são como que vectores ou tensores. (DELEUZE, 1996, p. 1)

Podemos afirmar que os dispositivos são meios a partir do quais se estruturam determinadas configurações de forças. No caso do biopoder os dispositivos visam a segurança da vida num sentido tanto do controle quanto do cuidado, já que diz respeito não somente aos dispositivos que se pode encontrar no âmbito da justiça (a prisão), como também aqueles dispositivos do âmbito da saúde, por exemplo, os manicômios e no âmbito da assistência social, como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Assim sendo, é nessa perspectiva que podemos circunscrever a prisão como dispositivo no território prisional da PNAISP. Considerando o exposto vejamos como se caracteriza a prisão no Brasil.

O racismo de Estado é a chave de leitura para começarmos caracterizar o dispositivo-prisão. Vimos que o racismo é uma estratégia do biopoder de classificação da espécie humana, que a partir da teoria da evolução, se orienta para melhoria da espécie em termos de “pureza” das raças ao mesmo tempo em que se apoia na teoria da degenerescência psíquica e moral, de modo a estabelecer uma hierarquização da população, conforme um gradiente de “pureza” que haveria entre a raça inferior e superior. Assim, se qualifica e controla a população seja para fazer viver regenerando os anormais e ressocializando os criminosos seja para deixar morrer os socialmente “incuráveis”. Nesse contexto, localizamos a população privada de liberdade e o dispositivo-prisão.

Como vimos no primeiro capítulo, em termos numéricos, segundo os dados estatísticos apresentados em 2014 pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o Brasil é a terceira maior população prisional do mundo, totalizando 711.463. Segundo o levantamento nacional de informações penitenciárias Infopen⁵⁸ (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2014a) o perfil das pessoas presas é majoritariamente de jovens negros, de baixa escolaridade e de baixa renda. Comparando o perfil etário da população encarcerada com o perfil da população brasileira em geral, a maior parte da população brasileira privada de liberdade é composta por 56% de jovens ao passo que essa faixa etária da população brasileira é composta de apenas 21,5%. No que diz respeito à raça, cor, etnia a porcentagem de pessoas negras/pardas, no sistema prisional é de 67%, enquanto que na população brasileira

⁵⁸As informações contidas nesse levantamento não incluem o estado de São Paulo, por não ter respondido ao levantamento. Essa informação é relevante porque São Paulo é o estado responsável pela custódia de mais de um terço da população prisional brasileira.

em geral, a proporção é significativamente menor (51%). Quanto à escolaridade oito em cada dez pessoas presas estudaram no máximo até o ensino fundamental.

Segundo o levantamento do Infopen (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2014a) a primeira causa do aprisionamento da população carcerária é por tráfico de drogas, com 27%, seguido de roubo, com 21%, homicídio corresponde a 14% dos registros e o latrocínio (roubo a mão armada) apenas 3%. Um dado que chama atenção, diz respeito ao encarceramento feminino que, no período entre 2000 até 2014, aumentou 567,4%, saltando de 5.601 para 37.380 mulheres encarceradas, enquanto que a média de crescimento masculino, no mesmo período, foi de 220,20%. A natureza desse encarceramento feminino em massa é o tráfico de drogas:

em torno de 68% dessas mulheres possuem vinculação penal por envolvimento com o tráfico de drogas não relacionado às maiores redes de organizações criminosas. A maioria dessas mulheres ocupa uma posição coadjuvante no crime, realizando serviços de transporte de drogas e pequeno comércio; muitas são usuárias, sendo poucas as que exercem atividades de gerência do tráfico. (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2014b, p. 5).

Não é por acaso que o encarceramento em massa (masculino e feminino) tenha o tráfico de drogas como alavanca. A política de guerras às drogas vigente no país fez do tráfico de drogas uma das principais causas para o aumento da população carcerária. Tal política tem como alvo o pequeno traficante que são, na maioria das vezes jovens, negros e pobres correspondendo, exatamente, ao perfil da população privada de liberdade. Como vimos na cartografia (capítulo1), tal política se efetiva na indiscernibilidade entre o usuário e o traficante, já que os mais pobres são mais frequentemente julgados como traficantes, mesmo quando portando pequenas quantidades de drogas ilícitas. Essa política de guerras às drogas tem se mostrado como um importante dispositivo de exclusão dos mais pobres seja conduzindo-os à prisão e no limite eliminando-os nos confrontos com forças de Estado nas periferias brasileiras.

O debate sobre o tema das drogas no Brasil continua em aberto, já que, por um lado o tema é tratado como questão de justiça e por outro lado como questão de saúde. No âmbito da saúde o tema é visto como questão de saúde mental e tratado

em dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS Álcool e Drogas ou por políticas de redução de danos, que possuem uma perspectiva mais progressista do problema. Numa perspectiva mais conservadora encontramos as comunidades terapêuticas que, geralmente, oferecem tratamento moral (religioso, laborterapia) aos usuários de drogas.

Assim, tanto no âmbito da justiça quanto no âmbito da saúde o debate é travado por meios de posicionamentos mais conservadores ou mais progressistas. Tal debate sobre as drogas gira em torno da vida que deve viver e da vida que deve morrer e a política de guerra às drogas ilustra o racismo de Estado, para o qual os drogados são os novos degenerados e que tem como alvo a população jovem negra e pobre do país.

Uma situação emblemática em que a lógica da saúde e a lógica da justiça convergem no exercício do biopoder, diz respeito às pessoas cumprindo medida de segurança em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), ou seja, o “louco infrator”. “No cumprimento das chamadas medidas de segurança, o sujeito considerado louco e autor de crime se encontram em uma só pessoa”. (BRASIL, 2015, p. 7).

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) ou manicômios judiciários, como também são chamados, resultam da combinação da execução penal do Estado com técnicas asilares psiquiátricas. (Brasil, 2015). Destinados aos autores de crimes considerados portadores de transtornos mentais os manicômios judiciários representam a radicalização dos dispositivos de segurança do biopoder, uma vez que faz convergir num mesmo estabelecimento o manicômio e a prisão. Parafrazeando Michel Foucault, em nome da defesa da sociedade

é sob o argumento do perigo – ou da periculosidade social, como dizem os operadores do Direito – que o Estado e nossa sociedade se permitem trancafiar, muitas vezes perpetuamente, o sujeito considerado louco que se depara com as instituições de controle penal, seja por meio das condutas de conflito mais graves, seja por meio das simples e mais banais contravenções à lei penal. Ele é sequestrado pelo Estado e pode nunca mais retornar à liberdade, para tentar um dia voltar perseguir os seus projetos de vida e felicidade em sociedade. (BRASIL, 2015, p. 7)

Os manicômios judiciários para os quais são destinados os “loucos infratores”, atualmente, segundo relatório do Conselho Federal de Psicologia (CFP),

têm recebido pacientes cuja internação cautelar foi determinada por ordem judicial; que apresentaram sintomas de transtorno mental durante a reclusão; que apresentaram história de dependência química e até que apresentaram “problemas de comportamento” na unidade prisional [comum] e foram transferidos para cumprir castigo ou ficar no isolamento. (BRASIL, 2015, p. 131)

Tal situação demonstra todo tipo de ilegalidade a que está submetido o sujeito dito “louco infrator”, já que nessa categoria cabe todo tipo de pessoas, em particular, aquelas que apresentam histórico de dependência química. Nesse sentido, o tema da droga se junta ao tema da loucura numa nova estratégia do biopoder. Segundo o levantamento do Infopen (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2014a), 2.497 pessoas estavam cumprindo medida de segurança no Brasil até o ano de 2014.

No que diz respeito ao direito de assistência à saúde no sistema prisional, segundo o levantamento do Infopen (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2014a), com a PNAISP, a população privada de liberdade foi inserida formalmente na cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS) com 37% dos estabelecimentos prisionais contendo unidades de saúde. Embora 63% das pessoas privadas de liberdades estejam concentradas nos 37% de unidades prisionais, não podemos dizer que essa cobertura se efetivou de fato nas prisões comprometendo o objetivo da PNAISP de incluir 100% da população privada de liberdade no Sistema Único de Saúde (SUS).

É importante ressaltar que a PNAISP é uma política que foi aprovada em janeiro de 2014, ou seja, mesmo ano do levantamento do Infopen não havendo, portanto, tempo suficiente para sua efetivação no sistema prisional. Entretanto, o PNSSP que antecedeu a PNAISP já existia desde 2003 e mesmo assim a cobertura ficou muito aquém do esperado. Como vimos na cartografia (capítulo1) o PNSSP alcançou cobertura em torno de 30% da população prisional.

Essa baixa cobertura reflete os dados do levantamento do Infopen, no que diz respeito às doenças e agravos de saúde, principalmente, aqueles relativos à tuberculose e DST/AIDS, no sistema prisional. Segundo o levantamento,

foram identificadas 2.864 pessoas portadoras do vírus HIV. Esse total representa 1,21% do total de presos nas unidades que informaram o dado, o que equivale a uma taxa de incidência de 1215,5 pessoas soropositivas para cada cem mil presos, proporção sessenta vezes maior que a taxa da população brasileira total, de 20,476. Por seu turno, a taxa de pessoas presas com tuberculose é de 940,9, ao passo que na população total é de 24,4, frequência 38 vezes menor. (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2014a, p. 114)

A baixa cobertura das políticas de saúde destinadas às pessoas privadas de liberdade é uma ilegalidade do ponto de vista constitucional, uma vez que a Constituição de 1988 reconhece a saúde como um direito fundamental de todos os brasileiros e dever do Estado (BRASIL, 1988). A violação do direito à saúde representa a violação do direito à vida das pessoas privadas de liberdade, já que este direito está garantido pela Constituição de 1988,

Ainda sobre a questão da ilegalidade no sistema prisional, no que diz respeito à assistência jurídica, segundo o levantamento do Infopen,

independentemente das eventuais deficiências na prestação de assistência jurídica nos estabelecimentos que registraram o referido serviço, pode-se concluir que 10% de toda a população prisional da amostra encontra-se em estabelecimentos sem nenhuma espécie de defesa técnica dentro das unidades. Essa lacuna adquire contornos extremos nos estados do Rio Grande do Norte (77%), Alagoas (38%) e Goiás (36%). (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2014a, p. 103)

A falta de assistência jurídica para 10% da população encarcerada não é o único fator de ilegalidade, já que existe, aproximadamente, 41% de presos provisórios, ou seja, sem condenação. Por exemplo,

enquanto apenas 16% das pessoas privadas de liberdade em Roraima são presos provisórios, em Sergipe 7 em cada 10 presos encontram-se nessa situação. Além deste estado, outras sete Unidades da Federação têm uma quantidade maior de presos provisórios do que condenados: Maranhão, Bahia, Piauí, Pernambuco, Amazonas, Minas Gerais e Mato Grosso. (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2014a, p. 21)

Tanto a falta de assistência jurídica quanto a quantidade de presos provisórios, a ponto de chegar a ultrapassar o número de presos condenados em algumas unidades prisionais de alguns estados do país, demonstram a ilegalidade do funcionamento do sistema prisional. Assim, tanto do ponto de vista da justiça quanto do ponto de vista da saúde podemos dizer que o dispositivo-prisão, embora seja legal, pois está contemplado no ordenamento jurídico penal, possui um funcionamento ilegal, sob o qual vive a população privada de liberdade.

Ora, se a lei não é suficiente para assegurar os direitos, principalmente o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade, então podemos concluir que as vidas nas prisões brasileiras estão sujeitadas à ordem do biopoder, que gira em torno da vida que deve viver e da vida que deve morrer. Esse contexto pode ser resumido pela palavra de ordem corrente na sociedade brasileira que afirma que “bandido bom é bandido morto”. Trata-se de uma expressão que remete à figura do *Homo Sacer* descrita por Giorgio Agamben no livro *Homo Sacer- o poder soberano e a vida nua*, cuja vida por estar fora do direito humano e do direito divino é matável (AGAMBEN, 2012).

5.3 Governo da difícil relação entre saúde e justiça

Traçamos com o pensamento foucaultiano um panorama das formas de exercício de poder que envolve o poder de soberania, o poder disciplinar e o biopoder. A essa altura, devemos retomar a articulação do platô da justiça com o platô da saúde, que circunscrevem o domínio de realidade biopolítico, no qual se individua a PNAISP. A partir do panorama que traçamos podemos afirmar que o platô da justiça se sobrepõe ao platô da saúde em nome da segurança da

sociedade, isto é, a segurança necessária para a governamentalidade⁵⁹ da sociedade.

O tema da governamentalidade surge nos estudos foucaultianos a partir do momento em que a população passou a ser um problema de segurança para as práticas de governo, na medida em que nem o poder soberano nem o poder disciplinar eram suficientes para governá-la, o que não significa o desaparecimento completo dessas formas de poder. Nesse sentido, Foucault (1995) buscou inventariar essa nova forma de exercício de poder que se desenvolve por meio da relação entre segurança, população e governo. Esse inventário, mostrou que a partir do século XVIII e XIX, período da emergência do biopoder, a atividade de governar pode ser definida da seguinte forma:

uma maneira correta de dispor as coisas para conduzi-las não ao bem comum, como diziam os textos juristas, mas a um objetivo adequado a cada uma das coisas a governar [homem e meio] (...) não se trata de impor a lei aos homens, mas de dispor as coisas, isto é, utilizar mais táticas do que leis, ou utilizar ao máximo as leis como táticas. Fazer, por vários meios, com que determinados fins possam ser atingidos. (FOUCAULT, 1995, p. 284)

Nesse sentido, governar significa mais do que reinar ou julgar a partir da lei, uma vez que a ação de governar, na modernidade, diz respeito ao governo das

⁵⁹ Foucault utiliza o termo "governamentalidade" para referir-se ao objeto de estudo das maneiras de governar. Para o autor tal termo quer dizer três coisas. "Por governamentalidade, eu entendo o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer esta forma de exercício do poder que tem por objetivo principal a população, de forma geral, a economia política, por instrumento técnico essencial, os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por governamentalidade, entendo a tendência que em todo o Ocidente conduziu incessantemente, durante muito tempo, à preeminência desse tipo de poder que se pode chamar de "governo" sobre todos os outros - soberania, disciplina etc. [...]. Enfim, por governamentalidade, eu creio que seria preciso entender o resultado do processo através do qual o Estado de justiça da Idade Média, que se tornou nos séculos XVI e XVII Estado administrativo, foi pouco a pouco 'governamentalizado'. [...] A governamentalidade moderna coloca pela primeira vez o problema da "população", isto é, não a soma dos sujeitos de um território, o conjunto de sujeitos de direito ou a categoria geral da "espécie humana", mas o objeto construído pela gestão política global da vida dos indivíduos (biopolítica). Essa biopolítica implica, entretanto, não somente uma gestão da população, mas um controle das estratégias que os indivíduos, na sua liberdade, podem ter em relação a eles mesmos e uns em relação aos outros. As tecnologias governamentais concernem, portanto, também ao governo da educação e da transformação dos indivíduos, àquele das relações familiares e àquele das instituições. É por essa razão que Foucault estende a análise da governamentalidade dos outros para uma análise do governo de si: "Eu chamo 'governamentalidade' o encontro entre as técnicas de dominação exercidas sobre os outros e as técnicas de si". (REVEL, 2005, p. 54-55).

relações que os homens têm com o seu meio, pois se trata do governo da vida. Assim, se governa por meio de procedimentos, técnicas, táticas as condutas dos homens. Nessa perspectiva da governamentalidade, que põe em relação segurança, população e governo, podemos pensar a relação antagônica não dialética entre o platô da justiça e o platô da saúde.

Podemos ver essa relação antagônica não dialética a partir do grave problema das doenças infectocontagiosas nos presídios. A incidência desproporcional dessas doenças nos presídios em relação à população em geral revela uma dificuldade de combatê-las no interior das prisões. Assim,

ao contrário do que se poderia supor tendo em vista uma população fechada, aparentemente sob controle, são inúmeras as dificuldades para o desenvolvimento de ações de saúde nas prisões. Nesse ambiente onde a circulação de detentos é restrita e os profissionais de saúde evitam circular, os agentes de segurança penitenciária terminam por exercer um papel diferenciado no que se refere à regulação do acesso à saúde. (BRASIL, 2008, 1888).

A dinâmica institucional da prisão põe saúde e justiça numa relação antagônica não dialética. Essa dinâmica (BRASIL, 2008) que gira em torno da segurança distingue dois grupos antagônicos: por um lado, os agentes penitenciários, que têm como tarefa salvaguardar a segurança mantendo sob controle a prisão, por outro lado, os detentos que tentam burlar e escapar a este controle que incide sobre seus corpos. O grupo de detentos, por sua vez, se divide em grupos distintos às vezes rivais, por exemplo, em facção X e facção Y, com as quais os agentes penitenciários estabelecem uma melhor ou pior relação, conforme podemos ver na fala de um agente penitenciário:

o preso da facção 'X' é mais agradecido à pessoa, já o de facção 'Y' acha que o Estado tem obrigação de atender. Com a facção 'Y' a gente não faz mais que a obrigação. Eu digo pra eles: 'Tenho que zelar por vocês, mas não vamos abusar também' (BRASIL, 2008, p. 1892)

Essa realidade conflituosa e tensa entre agentes e detentos, que caracteriza o ambiente carcerário impõe “aos sujeitos uma tendência a dar a prioridade aos problemas ligados à segurança e à sobrevivência imediata para agentes de segurança penitenciária e presos, respectivamente, em detrimento das questões relacionadas à saúde” (BRASIL, 2008, p. 1888). Entendemos por problemas de segurança tudo que se refere aos possíveis conflitos provenientes das rivalidades entre os diversos grupos de detentos, bem como a rivalidade desses grupos com os agentes penitenciários que têm como ofício controlá-los.

É nessa rivalidade que gira em torno da segurança, ou seja, da necessidade de proteção da integridade física tanto dos agentes quanto dos detentos, que se encontram os atores de saúde, cujas funções de assistência à saúde ficam relegadas ao segundo plano de prioridade. Isso ocorre porque, por estarem em contato cotidiano com os presos

muitas vezes são os agentes de segurança penitenciária que julgam a necessidade de atendimento a partir do pedido do preso e atuam facilitando ou dificultando este acesso. Por outro lado, no ambiente confinado das prisões, [os agentes] estão em contato cotidiano e direto com os presos e expostos, como eles, aos riscos infecciosos, especialmente à tuberculose. (BRASIL, 2008, p. 1888).

Esse é o ponto que põe, no dispositivo-prisão, segurança e saúde numa relação antagônica não dialética. Como a segurança vem hierarquicamente em primeiro lugar em relação à saúde isso repercute na avaliação que agentes e detentos fazem dos riscos de vida provenientes das doenças a que estão expostos, bem como na recepção das ações de saúde informativas e preventivas relativas, por exemplo, às moléstias contagiosas. (BRASIL, 2008).

Tanto os detentos quanto os agentes percebem os riscos de saúde provenientes da sujeira presente no ambiente carcerário em que estão expostos, como leptospirose, sarna, e infecções bacterianas, como também os riscos relacionados à tuberculose, a hepatite e a AIDS. Esses riscos são considerados como ameaças contagiosas produzidas pelo contato forçado entre detentos e agentes pela própria condição de confinamento. No entanto, isso gera uma

distorção, na medida em que “para os agentes de segurança penitenciária, a experiência da confrontação com o vírus e as doenças no exercício profissional vem confirmar o imaginário: a concretização da ameaça que representa a relação com os detentos” (BRASIL, 2008, p. 1891).

Isso suscita medidas protetivas por parte dos agentes que reforçam preconceitos em relação aos detentos. Essas medidas consistem em:

identificar os doentes: os presos são vistos como os principais transmissores de doença. Os homossexuais em especial, no caso da AIDS. Manter distância dos presos: principalmente daqueles identificados como doentes.

prender a respiração ao entrar nas celas ou ao abrir o camburão: último recurso para manter a separação e impedir a penetração do mal, tanto no plano do corpo como no das identidades. (BRASIL, 2008, p. 1891).

Assim, essa ameaça de contágio somada a todos os problemas relativos à segurança demarca cada vez mais a distância entre presos e agentes. O problema de saúde a que ambos estão submetidos não é percebido pelos agentes penitenciários como ponto de convergência, mas de segregação (BRASIL, 2008).

Isso repercute no acesso à saúde por parte dos presos, visto que os agentes penitenciários desconfiam de suas queixas quanto aos seus estados de saúde, já que os consideram dissimulados e nem sempre merecedores de cuidados, por mais que sejam reconhecidos formalmente como sujeitos de direitos. Por exemplo, o sofrimento psíquico não é considerado como motivo suficiente para acessar a assistência à saúde mental, já que do ponto de vista dos agentes penitenciários é necessário que os detentos enfermos apresentem sintomas verificáveis (BRASIL, 2008). Desta forma,

a desvalorização do preso e de sua queixa é acompanhada de uma avaliação informal da demanda de assistência por parte dos agentes de segurança penitenciária, o que acaba por resultar em uma modulação do acesso ao serviço baseada em critérios estranhos à saúde. (BRASIL, 2008, p. 1892)

Nesse contexto, a assistência à saúde é vista pelos agentes penitenciários muito mais como uma questão de mérito do que de direito. Na condição de merecimento a assistência à saúde se torna “moeda de troca” para garantir a disciplina na prisão. Nessa lógica carcerária meritocrática e disciplinar aos profissionais de saúde cabem os cuidados e a recuperação dos presos, porém a segurança cabe aos agentes penitenciários, que vão decidir quem merece ou não merece ser cuidado investindo na vida ou deixando morrer.

Portanto, submetidos a essa lógica carcerária, os profissionais de saúde ficam a mercê da avaliação que os agentes penitenciários fazem dos detentos para exercer suas funções. É nesse sentido que a saúde fica em segundo plano. Desta forma, podemos dizer que o platô da saúde e o platô da justiça travam uma relação antagonista não dialética no dispositivo prisional.

Tal antagonismo não dialético entre os platôs da saúde e da justiça presente nas prisões se replica no âmbito governamental como pode ser visto na cartografia da PNAISP (capítulo 2), a respeito do fio dental que serviu como analisador⁶⁰ desse antagonismo. Essa situação em torno do fio dental demonstrou que se assistência à saúde está subordinada à lógica da segurança no âmbito do território prisional, que envolve as prisões, bem como as instâncias de governo do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Justiça (MJ).

A difícil relação entre o platô da saúde e o platô da justiça é um problema que já comparecia desde o período de formulação do PNSSP e passou a ser problematizada a partir do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde que encontrava dificuldade para levar as ações de cuidados (distribuir preservativo, ofertar testagem) para o sistema penitenciário. O PNSSP foi elaborado no seio dessa relação tensa entre os dois platôs.

Como vimos na cartografia da saúde para o sistema prisional, historicamente a assistência à saúde destinada à população privada de liberdade era fornecida pela justiça na forma de atendimento médico, farmacêutico e odontológico, já que essa

⁶⁰ O analisador utilizado na Análise Institucional “é aquele ou aquilo que provoca análise, quebra, separação, explicitação dos elementos de dada realidade institucional. Esse conceito é inseparável do conceito de transversalidade, porque é numa situação de questionamento das hierarquias e especialismos que o analisador surge como uma ferramenta analítica que deslocaliza ou despersonaliza a intervenção” (ROSSI e PASSOS, 2014, 168).

população, inclusive no que diz respeito à saúde, estava sob sua jurisdição. Trancada nas prisões essa população sequer era reconhecida como munícipe ganhando este estatuto somente em 2010, quando o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) reconheceu as pessoas privadas de liberdade como população residente, que passou a ser reconhecida não mais como um subgrupo populacional sob a tutela do Judiciário, porém como população munícipe com direito ao SUS.

Iniciada a partir da elaboração do PNSSP, a problematização da relação entre saúde e justiça, as tensões passaram a se expressar de diversas maneiras, por exemplo, no que diz respeito ao financiamento do PNSSP coube ao Ministério da Saúde custear 70% do recurso para as ações de saúde e ao Ministério da Justiça o equivalente a 30% para fornecer a infraestrutura necessária à realização das ações de saúde. Mesmo com o Ministério da Saúde custeando 70% dos recursos o financiamento ficava muito aquém para sustentar o PNSSP, conforme demonstrou a cartografia (capítulo1). Desta forma, apesar da institucionalização do PNSSP em 2003, que propôs outra lógica de funcionamento de oferta de saúde para a população prisional pautada pelo SUS por meio da atenção básica, até 2014, ano da promulgação da PNAISP, havia estados em que a prestação de saúde ainda era ofertada pela secretaria de justiça.

Essa situação sugere que a relação antagônica não dialética entre saúde e justiça na esfera federal, estadual e municipal de governo representa um desinteresse em assistir à população privada de liberdade, já que não se destinava recurso financeiro suficiente para a implementação do PNSSP. É importante ressaltar que a indução de políticas para os estados e municípios por parte do governo federal ocorre, principalmente, por meio da transferência de recursos financeiros para esses entes da federação. Por outro lado, como vimos na cartografia (capítulo1), do pouco recurso transferido da união para os estados e municípios grande parte do mesmo não foi gasto e nem sequer empenhado (2% dos 35 milhões repassados até 2008).

Assim como no dispositivo-prisão o antagonismo entre saúde e justiça no âmbito do governo federal, estadual e municipal remete a um mesmo problema: o da responsabilidade pela saúde das pessoas privadas de liberdade. Ora, se a população privada de liberdade está sob a tutela do Estado brasileiro, logo, os três

entes federativos são responsáveis pela saúde dessa população, conforme a esfera de atuação definida pelo SUS⁶¹ para o governo federal, estadual e municipal. Esse problema está na base da dificuldade de acesso por parte da população privada de liberdade às ações de saúde, ou melhor, ao SUS.

Como a vida da população prisional está enquadrada nas malhas do biopoder, esse modo de exercício de poder coloca para a construção de políticas públicas no contemporâneo uma questão ético/política de “saber como será possível evitar nas práticas de cuidado e governo, cujo poder não pode deixar de ser exercido, os efeitos de dominação e submissão” (TEDESCO e RODRIGUES, 2009, p. 47). Entendemos que essa questão ético-política implica a individuação da política de saúde para o sistema prisional.

Sabendo que a PNAISP é uma política de saúde destinada à população encarcerada em estabelecimentos prisionais vivendo em estado de dominação é necessário estabelecer as táticas e estratégias de resistência, por meio das quais tal política poderá resistir ao biopoder exercido pelo Estado e se desviar dos estados de dominação lá onde ela deverá se efetivar, ou seja, no território prisional. Sobre o tema da resistência é necessário considerar três pontos:

a) a resistência não é “anterior ao poder que ela enfrenta. Ela é coextensiva a ele e absolutamente contemporânea”: isso significa que não há anterioridade lógica ou cronológica da resistência - o par resistência/poder não é o par liberdade/dominação; b) a resistência deve apresentar as mesmas características que o poder: “tão inventiva, tão móvel, tão produtiva quanto ele [...] como ele, ela se organiza, se consolida [...] como ele, ela vem de 'baixo' e se distribui estrategicamente”: a resistência não vem, portanto, do exterior do poder, ela realmente se assemelha a ele por assumir as suas características - o que não quer dizer que ela não seja possível; c) as resistências podem, por sua vez, fundar novas relações de poder, tanto quanto novas relações de poder podem, inversamente, suscitar a invenção de novas formas de resistência: “Elas constituem reciprocamente uma espécie de limite permanente, de ponto de inversão possível [...] De fato, entre relações de poder e estratégia de luta há atração recíproca, encadeamento indefinido e inversão perpétua.” (REVEL, 2005, p. 75-76)

⁶¹ Conforme a da Organização, da Direção e da Gestão Art. 8º: As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. (BRASIL, 1988)

Sendo assim, como um modo de exercício de poder, o biopoder se instala como jogo, no qual comparecem estados de dominação e práticas de resistência, isto é, de libertação aos estados de dominação. Esse jogo se configura na combinação entre segurança, população e governo, na qual as resistências estão presentes com seus desvios e inversão das relações de poder. Ora, as resistências estão para o pensamento de Foucault assim como a potência está para o pensamento de Negri, isto é, inventando modos de escapar ao poder constituído.

Para pensar as resistências aos estados de dominação que podem emergir no exercício do biopoder retomamos o conceito de governamentalidade, uma vez que nos permite entrever modos possíveis de desvios e reversão no jogo de poder. Se por meio dos estudos do poder soberano e do poder disciplinar e biopoder Foucault mostrou como somos objetivados por técnicas de poder e governados nas relações de poder, através do conceito de governamentalidade ele traz outra perspectiva para fazer valer a liberdade dos sujeitos na relação consigo mesmo, com os outros e, conseqüentemente, com os estabelecimentos institucionais destinados a governá-los.

Sendo o Biopoder exercido na forma de governo, já que se realiza muito mais por meio de táticas do que de leis, Foucault (FOUCAULT, 1984 [2004]), mostra que não somos apenas manipulados nas relações de governo, porém sujeitos politicamente ativos, visto que também utilizamos táticas para escapar aos estados de dominação. Não podemos nos esquecer de que o biopoder é constituído de uma anátomo-política como também de uma biopolítica e é no âmbito da biopolítica que a vida é disputada por meios de práticas de resistência. Na cartografia da saúde para o sistema prisional as práticas de resistência comparecem do lado dos movimentos sociais que propuseram modos específicos de cuidado para as pessoas privadas de liberdade. Voltaremos a este ponto no próximo capítulo.

Por fim, a entrada da vida nas tramas do poder como objeto das práticas de governo que se desenrolam num jogo entre dominação e resistência circunscreve o que chamamos de domínio de realidade metaestável da PNAISP, pois na medida em que o platô da justiça se articula com o platô da saúde formando o biopoder, as políticas de governo se instituem na tensão entre a decisão da vida que deve ser qualificada e da vida que deve ser descartada. Essa decisão recai, em particular,

sobre a vida das pessoas privadas de liberdade para as quais se destina a política de saúde para o sistema prisional.

CAPÍTULO 6 Teatro de individuação da política de saúde para o sistema prisional

a tirania é um regime onde há muitas leis e poucas instituições, a democracia é um regime onde há muitas instituições e muito poucas leis. A opressão se mostra quando as leis são aplicadas diretamente sobre os homens, e não sobre as instituições prévias que garantem os homens.

Gilles Deleuze in Instintos e Instituições

Uma vez descrito o domínio no qual a vida da população privada de liberdade é operada nas tramas do poder é necessário ir adiante, no sentido de compreender como isso se traduz na emergência da PNAISP. Se a indicação de Simondon, como já foi apresentada acima, é apreender o ser individuado a partir da individuação, e a individuação a partir do ser pré-individual, então cabe circunscrever o plano coletivo de forças, cuja potência criou a possibilidade de existência de políticas públicas de saúde destinadas à população privada de liberdade, ou seja, o próprio processo da individuação, na qual foi possível o encontro entre saúde e justiça na formulação da PNAISP. A individuação da PNAISP emerge no domínio de realidade metaestável que é o território prisional.

O conceito de metaestabilidade (SIMONDON, 1989) é apropriado da física termodinâmica que introduziu a dimensão da energia potencial nos estudos dos funcionamentos dos sistemas que até então contava apenas com as noções de estabilidade e instabilidade. Ele utilizou esse conceito para pensar a individuação ao nível da esfera do físico, vital, psíquico e psicossocial, a partir do ser pré-individual e não do ser já individuado. É no âmbito psicossocial que localizamos a individuação da PNAISP.

Segundo Simondon (1989) um sistema que pode ser, por exemplo, um cristal um ser vivo, um grupo de indivíduos, incluímos também as instituições, que estejam em situação de metaestabilidade, entra em processo de individuação quando comparece uma diferença de potencial provocada pelas forças emitidas da dimensão pré-individual que o constitui. No caso das instituições afirmamos, no segundo capítulo, que a multidão é a dimensão pré-individual, ou seja, o coletivo de forças que engendram, por exemplo, indivíduo e sociedade ao mesmo tempo.

Dessa dimensão pré-individual são emitidas forças desestabilizantes irreduzíveis ao sistema metaestabilizado, isto é, que são estranhas ao sistema já individuado. Essas forças desestabilizam e tensionam o sistema fazendo com que o sistema entre em processo de diferenciação. Nesse processo de diferenciação se estabelece uma comunicação das forças entre a dimensão pré-individual e a dimensão individuada do sistema.

6.1 Saúde e justiça: condição metaestável

Lançando mão dessa conceituação podemos compreender os tensionamentos entre o platô da saúde e o platô da justiça, que constituem o território prisional. Vimos, no capítulo 5, que a sobreposição dos dois platôs no território prisional foi colocada pelo biopoder como estratégia biopolítica de disputa pela vida. Ora, é exatamente por se tratar de uma disputa pela vida que os platôs saúde e justiça formam sistemas metaestáveis podendo cada um se diferenciar de si mesmo, bem como se diferenciar entre si, já que são dissimétricos em tal disputa pela vida. A diferença de potencial desses dois platôs se expressa, por exemplo, no descompasso legislativo entre a LEP e o SUS, no que diz respeito à saúde da pessoa privada de liberdade.

Tal descompasso legislativo nos serve como pista para pensar a individuação da política de saúde para o sistema prisional. No platô da justiça, está a Lei de Execução Penal (LEP) de 1984, que pertence ao período de ditadura militar (1964 a 1985). No platô da saúde, está o SUS que pertence ao período democrático instaurado com a Constituição de 1988. Esse descompasso reflete o lugar histórico que a justiça e a saúde têm na sociedade brasileira. Longe de ser um problema meramente jurídico, técnico e administrativo tal problema tem um pano de fundo ético-político. A pauta em questão nessa diferença legislativa foi e ainda é o direito à assistência à saúde da população privadas de liberdade, conforme os princípios da universalidade, equidade e integralidade, que mesmo depois da promulgação do SUS continua sendo violado.

Quando se trata da vida da população brasileira a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em termos legais, representa o produto do processo de abertura política no país que viveu desde 1964 até 1985 submetido a uma ditadura militar. Tratava-se de regime de exceção, no qual as garantias de direitos individuais e coletivos eram violadas, por exemplo, o direito à liberdade de expressão, manifestação e ao voto. Nesse contexto de abertura política, no qual se desenvolveu a constituinte que resultou na constituição de 1988 se encontrava o movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), cuja potência resulta na individuação do SUS e coloca a saúde em patamares bem distintos do que havia antes. Podemos afirmar que o movimento de Reforma Sanitária Brasileira dispara a desestabilização do plano da saúde. Vejamos como.

Segundo Paim (2008), o movimento de Reforma Sanitária Brasileira teve início ainda no regime militar. Nesse contexto, o governo autoritário do general Geisel passou a ser questionado por técnicos do próprio governo que perguntavam as razões pelas quais não se colocava ordem no caos em que se encontrava a assistência médica e sanitária do país (PAIM, 2008). A resposta institucional veio no II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), no qual,

estabeleceram-se novas estratégias de planejamento social e no caso do setor saúde tiveram início as chamadas políticas racionalizadoras. Tais políticas incorporavam a ideologia do planejamento de saúde como parte de um projeto de reforma de cunho modernizante e autoritário. (PAIM, 2008, p. 70)

Segundo Paim (2008), em torno desse contexto de crise na saúde aparecem os movimentos sociais (populares, profissionais, estudantis, e intelectuais) precursores da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que no nosso entendimento constituem o plano coletivo das forças e que atuaram no processo de individuação do SUS.

Nas mobilizações populares surgiram os Movimentos do Custo de Vida, que lutavam contra a carestia; os clubes de mães, os conselhos comunitários e as organizações na Zona Leste e na periferia de São Paulo. No segmento profissional teve a mobilização dos médicos que posteriormente ficou conhecida como

Movimento de Renovação Médica (REME). No movimento intelectual destacou-se a mobilização de docentes ligados à medicina preventiva e social e escolas de saúde pública, bem como de pesquisadores vinculados à Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC). No movimento estudantil teve início a Semana de Estudos de Saúde Comunitária (SESAC) que orientou o pensamento progressista de saúde no Brasil, que desembocou no Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Nessa conjuntura as chamadas políticas racionalizadoras, lançadas no II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) não surtiram efeitos para conter a crise estrutural da saúde que foi caracterizada da seguinte maneira:

O setor saúde encontra-se em uma crise de realização decorrente do baixo impacto e alto custo do atual conhecimento médico. [...] A medicina contemporânea caracteriza-se pela crescente corporificação do conhecimento em tecnologia de alta densidade de capital, exercida por agentes altamente especializados, diversificados e prestigiados, em que cada vez mais o ato médico se transfigura na técnica e no instrumento, provocando uma baixa cobertura populacional. [...] O setor saúde possui como fator preponderante o diagnóstico e a terapêutica, e centra suas ações sobre o 'complexo de efeitos', reproduzindo constantemente uma população necessitada de serviços médicos. (AROUCA, 1975, p. 17-19 *apud* PAIM, 2008, p. 75)

Ainda segundo Paim (2008), nesse contexto os questionamentos ao autoritarismo do governo militar se estendiam aos autoritarismos das práticas de saúde, cujo modelo dominante de atenção era médico-hospitalar preventivista. Esses questionamentos exercidos por trabalhadores de saúde e setores populares buscavam redefinir as práticas de saúde e ampliar os espaços de debate políticos em busca da democratização da sociedade brasileira. Assim, essas forças políticas iniciavam o processo de desestabilização do modelo de saúde individualizado fazendo com que o sistema de saúde entrasse em deriva.

Como efeito do aprofundamento da crise na saúde e falta de apoio da sociedade às políticas racionalizadoras de enfrentamento da crise sanitária na segunda metade dos anos 70,

foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) em julho 1976, durante a 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, realizada na UnB (Brasília), trazendo para discussão a questão da democratização da saúde e constituindo-se como um organizador da cultura capaz de reconstruir o pensamento em saúde. (PAIM, 2008, p. 78)

Em torno do Cebes uma “multidão” de homens e mulheres se reuniu para pensar e mudar a saúde, a partir da socialização da produção acadêmica crítica da saúde coletiva brasileira que emergia naquela época (PAIM, 2008). Assim, o Cebes toma a reforma sanitária como uma das suas tarefas, isto é,

trata-se de desenvolver o CEBES como um órgão democrático e que preconiza a democratização do setor saúde, recebendo todas as contribuições que atendam aos objetivos de uma Reforma Sanitária, que deve ter como um dos marcos a unificação dos serviços de saúde, públicos e sem fins lucrativos, com a participação dos usuários estimulada, crescente, possibilitando sua influência nos níveis decisórios e ampliando o acesso a serviços de saúde de boa qualidade. (PAIM, 2008, p. 80)

Em 1979 o Cebes participou do I Simpósio de Política Nacional de Saúde da câmara de deputados federal, no qual Sérgio Arouca apresentou o documento *A Questão Democrática da Saúde*, que propunha pela primeira vez a criação do Sistema Único de Saúde-SUS. Tal documento representou um marco, pois transformou as ideias debatidas em torno da saúde em um conjunto de proposições para a Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2008).

Segundo PAIM (2008), a partir desse marco histórico, o movimento de Reforma Sanitária Brasileira se ampliou com a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e como a conquista de entidades pela Renovação Médica (REME). Podemos dizer que já existia nesse contexto um germe estruturante do SUS que no final do regime militar com as mobilizações pelas *Diretas Já* culminou na “elaboração do Programa de Governo de Tancredo Neves quando se anunciava a fundação de uma Nova República e se propunha uma ‘reviravolta na saúde’” (SCOREL, 1988 *apud* PAIM, 2008, p. 82).

No processo de abertura política, iniciado com eleições indiretas em 1984, foi realizado o *V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde*, no qual foram pautadas *As Ações Integradas de Saúde (AIS)*:

1. Saúde é um direito do cidadão e dever do Estado; 2. A melhoria do estado de saúde da população está intimamente relacionada à elevação qualitativa das condições de vida; 3. A democratização da saúde estreitamente vinculada ao processo de democratização da sociedade brasileira reflete a luta e aspiração dos mais amplos setores sociais. (PAIM, 2008, p. 96)

Segundo PAIM (2008), no período de 1985-1987, o afrouxamento técnico-burocrático no poder instituído abriu espaço para atores sociais identificados com políticas democratizantes nas áreas da saúde, previdência e ciência e tecnologia. Por exemplo,

para a presidência do Inamps⁶² foram sugeridos os nomes de Guilherme Rodrigues da Silva (professor titular do Depto. de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP) e de Hésio Cordeiro (professor do Instituto de Medicina Social da UERJ) sendo este último o escolhido. Eram apoiados pelo movimento sanitário, parlamentares, entidades médicas e de profissionais de saúde, prefeitos, secretários municipais de saúde e organizações da sociedade civil. Para a presidência da Fiocruz, foi indicado Sérgio Arouca. (PAIM, 2008, p. 97)

Apesar dos avanços havia muitas resistências no Estado que se expressavam por meio do conflito antagônico não dialético entre o pensamento de esquerda e o núcleo conservador do governo. Nessa conjuntura para garantir a participação da sociedade na construção de políticas públicas de saúde foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde que contou com o protagonismo dos profissionais de saúde, trabalhadores e setores populares (BRASIL, 2008).

A Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) desempenhou um papel fundamental no balizamento da oitava conferência de saúde

⁶² “O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) se constituía como a política pública de saúde que vigorava antes da criação do SUS e foi extinto pela lei federal 8.689, em 1993”. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>> Acessado em 06 jun 2017.

ao elaborar um documento que fundamentou as discussões da oitava conferência. Esse documento

sublinhou que a saúde deveria ser vista como “fruto de um conjunto de condições de vida que vai além do setor dito de saúde” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 1985, p. 8), questionando a concepção de desenvolvimento que desligou a dimensão econômica da social. Defendeu a participação popular na política da saúde bem como o controle da sociedade sobre o aparelho estatal. (PAIM, 2008, p. 100)

Na ABRASCO reuniram-se os elementos teóricos, científicos e técnicos nos editoriais dos Boletins publicados naquele período que fundamentaram a discussão da proposta e do projeto da Reforma Sanitária Brasileira-RSB com o objetivo de desencadear um debate nacional em torno da Reforma (PAIM, 2008). Em 1986 foi lançado o primeiro número do editorial que trazia um encarte com as propostas da ABRASCO para a oitava Conferência Nacional de Saúde, cujo título era: *Pela Reforma Sanitária. Saúde: direito de todos, dever do Estado*. Esta frase posteriormente foi incorporada ao artigo 196 da Seção II da Saúde da constituição brasileira de 1988 (PAIM, 2008).

Um personagem icônico da oitava conferência foi Sérgio Arouca que na época era presidente da Fundação Oswaldo Cruz. Segundo Paim (2008), no seu pronunciamento intitulado *Democracia é Saúde*, proferido na oitava conferência, Sérgio Arouca revisita a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde-OMS nos seguintes termos:

não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até à informação sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo [...]. Cada vez, enfim que tais direitos são assegurados há uma população que luta mais e com maior consciência

para transformar essa sociedade. (AROUCA, 1987a, p. 36-37 *apud* PAIM, 2008, p. 120).

Tal definição indicava que a reforma do sistema de saúde proposta na oitava conferência não se restringia a uma reforma meramente administrativa de transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde-MS, já que se tratava de uma proposta da sociedade civil brasileira e não dos prestadores de saúde (PAIM, 2008).

Segundo PAIM (2008), o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde contou com a participação de mais de 4000 pessoas e apresentou 27 proposições para a reformulação do sistema nacional de saúde, no qual se destacam:

criação de um Sistema Único de Saúde [...] separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla reforma sanitária. Eqüidade em relação ao acesso dos que necessitam atenção. Respeito à dignidade dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde, como um claro dever e compromisso com a sua função pública; Admissão através de concurso público; estabilidade no emprego; composição multiprofissional das equipes; [...] cumprimento da carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva; direito à greve e sindicalização dos profissionais de saúde; [...] incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado [...]; O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados; [...] deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público. É necessária a formulação de uma política de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde [...]. Em nenhum momento a existência das AIS deverá ser utilizada como justificativa para protelar a implantação do Sistema Único de Saúde. Criar as bases para uma Reforma Sanitária Nacional. Os participantes da 8ª CNS propõem, com esta finalidade, a criação do Grupo Executivo da Reforma Sanitária composto por órgãos governamentais e pela sociedade civil organizada. (PAIM, 2008, p. 124).

Dessa forma, estava lançado o projeto da Reforma Sanitária Brasileira na oitava conferência nacional de saúde considerada pelo presidente José Sarney como uma “pré-constituente da saúde”, que, posteriormente, se desdobrou na Assembleia Constituinte. Já no ano de 1988,

depois de uma pregação (ou peregrinação) do Presidente da Constituinte por todo o país e de várias sessões os trabalhos foram concluídos. Com a

realização do segundo turno no processo constituinte foi promulgada a nova Constituição da República Federativa do Brasil. Vitória, foi a manchete do Jornal da Reforma Sanitária naquele histórico mês de outubro de 1988. (PAIM, 2008, p. 148).

Como um movimento da sociedade civil a Reforma Sanitária Brasileira se caracteriza como movimento de reforma social de democratização da saúde. Trata-se de um movimento social que reúne um conjunto articulado de princípios e proposições que visam transformar a saúde, mas não se restringe a ela, já que se estende à reforma urbana, agrária, universitária, e reúne um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais.

Uma vez promulgada a constituição de 1988 a Reforma Sanitária Brasileira se materializou no SUS que passou a ser a sua face individualizada. Segundo PAIM (2008), a reforma não acabou com a institucionalização do SUS no poder instituído, já que se trata de um processo permanente alimentado pela inclusão de novos valores. Podemos dizer, portanto, que o processo de individuação do SUS corresponde a um movimento contínuo da potência da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que desestabilizou desde o período de ditadura militar as forças que se encontravam metaestabilizadas no âmbito da saúde.

6.1.1 AIDS: na esteira do Movimento Sanitarista Brasileiro

Nesse contexto de redemocratização do país e na esteira do movimento Sanitarista Brasileiro, em 1983, o reconhecimento por parte da comunidade científica brasileira da epidemia de AIDS se tornava realidade, haja vista os crescentes casos de infecção notificados em diferentes estados brasileiros. Por exemplo, a médica Valéria Petri, professora da Escola Paulista de Medicina, em 1982, atendeu em seu consultório particular um rapaz homossexual com uma lesão no pé direito que, posteriormente, com base em uma biópsia, foi diagnosticado de sarcoma de Kaposi. Este rapaz, que havia viajado para os Estados Unidos da América onde já se tinha conhecimento da doença, disse para médica: “espero que não seja essa doença que

está começando agora, essa praga gay que veio dos Estados Unidos” (PETRI, 2003 apud BRASIL, 2015, p. 33).

Além desse caso, em 1983, foi publicado pela primeira vez em revista científica brasileira (Revista Paulista de Medicina) um artigo do professor Vicente Amato Neto da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), no qual foi anunciado o primeiro caso da enfermidade em paciente que nunca havia deixado o Brasil indicando que a doença já estava circulando no país. Se por um lado havia pouca publicação científica no país sobre o assunto, por outro a imprensa já fazia reportagens sobre o tema a partir das quais “alguns médicos que se tornariam especialistas em AIDS referem ter tomado conhecimento da doença pelas publicações na imprensa leiga” (BRASIL, 2015).

Na época, o desconhecimento a respeito da doença na comunidade científica foi dando lugar ao debate sobre o tema, por exemplo, no 2º Congresso Brasileiro de Infectologia, organizado pela Sociedade Brasileira de Infectologia, em junho de 1983, no qual novos casos foram apresentados pelo médico Nelson Figueiredo Mendes. Nessa ocasião o médico Ricardo Veronesi, então presidente da Sociedade Brasileira de Infectologia, afirmou desconhecer casos no país. Entretanto, o cientista Albert Sabin resumiu as informações sobre a síndrome disponíveis na época e descartou a ideia de um câncer gay. No entanto,

Sabin confirmou a relação entre homossexualidade e a síndrome, e recomendou que os bancos de sangue não recebessem doações desse grupo, sugerindo ainda o estabelecimento de leis regulamentando a doação e punindo homossexuais que omitissem sua condição ao doar sangue. O meio médico começava uma cruzada moral contra os homossexuais. (BRASIL, 2015, p. 36).

No ano de 1983, novos casos foram publicados na imprensa que trazia a público as notícias da epidemia. A imprensa teve um papel importante na construção da representação social sobre a AIDS. Mesmo antes da configuração da epidemia no país, em 1981, o Jornal do Brasil propagava notícias internacionais traduzidas, por exemplo, do jornal “New York Times” com o título “Câncer raro ataca homossexuais” (BRASIL, 2015). Em 1982, a revista veja publicou a matéria “mal

particular” na qual o médico Elsimar Coutinho, professor da Universidade Federal da Bahia, teria publicado um artigo na revista médica “The Lancet” no qual, “sem descartar a hipótese de um agente patogênico, atribuía a imunodeficiência detectada em homossexuais norte-americanos ao consumo de hormônios femininos (estrógenos) e à promiscuidade entre eles” (BRASIL, 2015, p 38). Essa hipótese foi contestada pelo o médico A. F. Mills e se revelou posteriormente totalmente falsa.

Impulsionadas pelo desconhecimento sobre a nova doença as notícias não pararam e a revista “Isto É” publicou uma reportagem de título “Tragédia Venérea” da jornalista Letânia Menezes que contou com a participação de lideranças homossexuais de São Paulo para fundamentar a matéria. A reportagem foi criticada pela médica Valéria Petri, por afirmar que até então não existia nenhum caso diagnosticado no Brasil; questionar a suposta relação entre homossexualidade e AIDS; bem como afirmar, com base em convicções de médicos norte-americanos, que a AIDS faria vítimas entre heterossexuais. Reagindo a tais críticas a jornalista Letânia Menezes publicou outra matéria na revista “Isto É” de título “A praga gay no Brasil”, na qual continha o relato dos dois casos de AIDS da médica Valéria Petri (BRASIL, 2015).

As críticas também vieram das lideranças homossexuais que reprovaram o modo como suas falas foram utilizadas, inclusive desrespeitando o anonimato de entrevistados como foi o caso do escritor João Silvério Trevisan na primeira matéria de Letânia Menezes e ao título (A praga gay no Brasil) da segunda reportagem. A partir desse momento outras reportagens foram publicadas como, por exemplo, sobre o primeiro caso de morte por AIDS de um brasileiro, o estilista Marcos Vinícius Resende, o Markito. (BRASIL, 2015).

De qualquer modo, podemos dizer que o lugar de fala sobre a AIDS não mais estava circunscrito aos especialistas e a imprensa, na medida em que os homossexuais tomaram parte do debate. Por exemplo, a revista “Manchete” publicou três páginas a respeito dos depoimentos sobre a nova doença dados por cientistas e lideranças homossexuais no 2º Congresso Brasileiro de Infectologia, ocorrido em São Paulo. Nessa reportagem,

o artista plástico Darcy Penteado, o ator Clóvis Bornay e o escritor Aguinaldo Silva iniciaram um trabalho de desconstrução da ideia de uma doença homossexual e denunciaram o novo estigma de que estavam sendo vítimas. Roberta Close, travesti de renome na época e figura de expressão nacional por sua beleza e feminilidade, é citada na matéria por expressar sua recusa em falar de AIDS. (BRASIL, 2015, p. 40).

O ano de 1983 foi marcado por um intenso noticiário sobre a AIDS, tanto da grande imprensa, quanto da imprensa marrom, que construíram uma representação social que estigmatizava os homossexuais, a partir de categorias como “doença que atinge os homossexuais”, “câncer gay” ou “peste gay”. Esse estigma era corroborado por médicos que fizeram discursos moralistas, preconceituosos e pouco científicos, pautados pela imprensa leiga. Entretanto, informações científicas, honestas e não alarmantes foram sendo divulgadas por jornalistas que deram espaço aos profissionais da saúde engajados na luta contra a AIDS. (BRASIL, 2015).

Nesse contexto, lideranças homossexuais se engajaram na luta contra a doença, exigindo respostas rápidas das autoridades de saúde sem, entretanto, conseguir uma mobilização do movimento gay organizado, que na época encontrava-se desmobilizado em função de problemas internos ao movimento. A título de exemplo, o “Jornal Lampião da Esquina”, que era um instrumento de reflexões sobre os direitos dos homossexuais e de outras minorias oprimidas, teve sua última publicação, em 1981, em função de divergências internas à equipe editorial. (BRASIL, 2015).

Nessa época, o escritor João Silvério Trevisan em função da entrevista na “Folha de S. Paulo” do médico brasileiro, dr. Humberto Torloni, na qual relatava sua experiência adquirida no Estados Unidos sobre o tratamento de sarcoma de Kaposi, procurou tal médico que o recebeu e confirmou a existência da doença de modo objetivo, não moralista e lhe disse: “nós, a sociedade, precisamos de vocês, precisamos que vocês se organizem, para que a gente possa enfrentar essa coisa que nós não sabemos direito o que é” (TREVISAN, 2003 apud BRASIL, 2015, p. 44).

Nesse contexto, apesar de toda controvérsia das informações sobre a nova doença parte dos ativistas homossexuais de São Paulo já não duvidavam da

ameaça de vida representada pela AIDS o que impulsionou o movimento de engajamento desses ativistas contra a doença e o estigma a ela associada, por exemplo, participando de reuniões com médicos sobre o tema. Nesse contexto, a convite do médico Ricardo Veronesi os ativistas como João Silvério Trevisan, Edward MacRae, Néstor Perlongher, o psiquiatra Theodoro Pluciennik, Jean-Claude Bernardet e proprietários da sauna gay participaram de reunião composta por profissionais de diferentes áreas, na qual o médico Veronesi abordou a questão da doença, denunciando a promiscuidade homossexual e sustentando um discurso bastante moralista, quando dizia 'deixe de transar' (BRASIL, 2015).

A reunião que provocou pavor e mal-estar entre as lideranças homossexuais foi decisiva na tomada de posição dos ativistas e no dia 16 de junho de 1983 Jean-Claude Bernardet, cineasta de origem francesa, ligou para a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo pedindo providências e indagando sobre o que a secretaria estava fazendo na questão da AIDS. Atendido por Edmur Pastorello, do gabinete do secretário João Yunes que estava em viagem, foi encaminhado para ao diretor do Serviço de Epidemiologia da Coordenadoria da Saúde da Comunidade (CSC) Álvaro Escrivão, que lhe respondeu: “olha, nós não estamos fazendo nada, porque ainda não há casos da doença no Brasil” (ESCRIVÃO, 2004 *apud* BRASIL, 2015, p. 46)

Em resposta a Álvaro Escrivão, o cineasta disse que tinha conhecimento de casos de AIDS pela imprensa e pela reunião com o dr. Veronezzi e que a secretaria deveria tomar conhecimento. (BRASIL, 2015). Esse contato telefônico resultou numa reunião na Coordenadoria da Saúde da Comunidade (CSC). “Participaram dessa reunião o diretor de epidemiologia, Álvaro Escrivão e sua equipe, representantes da área de educação em saúde, Valéria Petri, Jean-Claude Bernardet, João Silvério Trevisan e Darcy Penteado”. (BRASIL, 2015, p. 48). Nessa reunião foram relatados os casos conhecidos e cogitou-se:

que poderiam ser considerados casos suspeitos de AIDS pacientes em conexão com grandes circuitos norte-americanos, de lazer homossexual, onde era frequente o uso do poppers [nitrito de amila]. Valéria Petri sugeriu a criação de um centro de diagnóstico da imunodeficiência na Escola Paulista de Medicina que oferecesse tratamento, orientação e serviços laboratoriais. Ficou-se de pensar na criação de um serviço de vigilância. A instalação de um telefone com mensagem gravada foi evocada pelo grupo homossexual, entretanto, teria que ser tratado com o secretário. Pensou-se

também na elaboração de um manual de orientação à população, assim como informar os centros de saúde sobre local de urgência para atendimento de AIDS. (BRASIL, 2015, p. 48,49)

A tomada de posição dos intelectuais homossexuais foi um primeiro passo na luta contra a doença e a discriminação. Se até o momento os homossexuais eram objetos de um discurso que os culpabilizavam pela epidemia da AIDS, a partir desse momento,

a posição dos homossexuais diante da AIDS se caracterizava, então, por um duplo discurso: “A doença é nossa” (nós os homossexuais, com nossa vivência, com nossa experiência, é que temos que nos organizar para vencer a doença) e “a doença é contra nós” (o vírus foi criado para acabar com os homossexuais, a doença vai servir de pretexto para que haja mais condenação dos homossexuais). (BRASIL, 2015, p. 50)

Essa tomada de posição dos ativistas homossexuais deu início a uma mudança de rumo, na medida em que souberam encarar com seriedade o problema e propor medidas concretas.

No que pese toda publicidade da imprensa, que trouxe ao público a nova doença, foram os homossexuais, que de posse das informações que tiraram das reuniões e dos congressos acadêmicos brasileiros, que informaram ao poder instituído o que já estava acontecendo no país e reivindicaram o combate à AIDS e apoio para os mais vulneráveis. Esses ativistas que eram pessoas bem sucedidas em suas áreas de atuação souberam pressionar o poder instituído a agir contra a doença e usar seus prestígios a favor da comunidade. “Sem a iniciativa dos ativistas, as respostas da saúde pública brasileira para o controle da epidemia provavelmente não teriam sido tão precoces” (BRASIL, 2015, p. 51)

6.1.2 AIDS nas prisões

Os primeiros casos de AIDS em presidiários foram detectados, em 1985, na Casa de Detenção e na Penitenciária do Estado de São Paulo, na ocasião da primeira visita de Paulo Roberto Teixeira e Maria Eugênia Fernandes, profissionais do Programa de AIDS do estado. Nesses espaços foram realizados os diagnósticos que constataram que os pacientes enfermos estavam jogados a própria sorte no hospital penitenciário sem qualquer tipo de cuidado de higiene, médico e de enfermagem

era uma situação muito cruel, porque eram deixados totalmente à mercê do que acontecesse. Se a família quisesse, ele [preso] podia ir para casa para morrer. Na verdade, na Casa de Detenção e na Penitenciária do Estado, só tinha o diagnóstico porque o estado físico explicitava isso. Então, nessas condições, ele saía da cela e ia procurar uma maca, em um tipo de consultório, uma enfermaria improvisada, ou a família o recebia para morrer (SIMÕES, 2004 *apud* BRASIL, 2015, p. 385).

Tal situação alarmante teve uma repercussão pública entre os profissionais do estado, dos familiares e dos presidiários. O temor de reações de pânico nos presídios, que pudesse desencadear violência contra os presidiários identificados como portadores da AIDS fez com que Manoel Schechtmann, então diretor médico do Complexo Prisional (Casa de Detenção e Penitenciária do Estado) propusesse a realização de um mutirão de saúde nesses espaços, cujo objetivo foi “traçar o perfil epidemiológico daquela população, identificar casos com manifestações clínicas suspeitas e estimar a prevalência da infecção pelo HIV naquelas instituições”. (BRASIL, 2015, p. 386).

A proposta foi aprovada tanto, pelo secretário de justiça José Carlos Dias, quanto pelo secretário de saúde João Yunes. Entretanto,

o então diretor do Complexo Penitenciário Luiz Camargo Wolfman vetou a proposta, alegando não querer levantar questões dessa natureza em sua administração. “Ele chegou a dizer aos jornais ‘AIDS não existe nas

prisões'. Dizia que 'AIDS é coisa de bicha e aqui não tem bicha', porque não queria que aflorasse a questão da homossexualidade lá dentro. Não se falava em drogas naquele tempo" (SCHECHTMANN, 2003 *apud* BRASIL, 2015, p. 386).

A contra gosto do diretor do complexo penitenciário o mutirão foi realizado com o apoio da secretaria de saúde. Manoel Schechtmann conversou com os líderes dos presos sobre o mutirão e estes informaram aos detentos o que aconteceria. Os detentos, concordando em participar do programa, "foram à diretoria e disseram: 'é uma coisa que é em nosso benefício e nós queremos'" (BRASIL, 2015, p. 386).

A reação do diretor foi determinar a realização do mutirão no prazo de uma semana. Isso trazia dificuldades, porque a casa de detenção tinha um contingente de cinco mil e poucos detentos e a equipe de Paulo Roberto Teixeira era pequena para dar conta de tanta gente. Além disso, o diretor mandou retirar os agentes penitenciários dos pavilhões dos presos nos dias do mutirão, como forma de intimidar a equipe de profissionais de saúde e provocar a desistência de realizar o mutirão. Apesar da retaliação, o mutirão aconteceu e foram realizadas as avaliações de saúde em todos os presos, sem discriminação, com a participação dos detentos que foram treinados para preencher os formulários clínicos epidemiológicos sem identificação e colher amostras de sangue. (BRASIL, 2015).

O mutirão, que aconteceu durante dez dias, foi acompanhado pela imprensa e a intervenção identificou menos de dez presos com sintomas clínicos. Estes foram encaminhados para uma avaliação mais profunda. O perfil epidemiológico confirmou que a existência de prática sexual sem proteção era significativa, bem como o uso de maconha e drogas injetáveis como cocaína, álcool e analgésico. O quadro epidemiológico encontrado justificou a necessidade de implantar "um programa de vigilância, prevenção, diagnóstico e tratamento dentro do sistema prisional" (Brasil, 2015, p. 388).

O Rio de Janeiro foi outro estado que também desenvolveu precocemente trabalhos de combate a AIDS em prisões. Como tinha um sistema penitenciário mais estruturado em termos de saúde e contava com uma coordenação médica que se reportava aos secretários de saúde e de justiça pôde, muito cedo, organizar o

controle da epidemia e oferecer assistência a todos os detentos doentes. Isso ocorreu sob a batuta do sanitarista Álvaro Matida, que respondia pelas políticas públicas de AIDS no estado. (BRASIL, 2015).

As experiências brasileiras de combate a AIDS em prisões foram levadas, em 1987, por Manoel Schechtmann para um evento da Organização Mundial da Saúde (OMS), em Genebra, para estabelecer as primeiras normas sobre a AIDS nas prisões. Foi o primeiro evento organizado pela OMS sobre o assunto e o Brasil se destacou pelo seu pioneirismo no controle da AIDS nas prisões. (BRASIL, 2015).

O ano de 1983 foi um marco no combate a AIDS no Brasil, pois corresponde ao início da primeira fase da epidemia, na qual foram estruturadas as primeiras respostas do poder instituído para o controle da doença no país. Nesse início os estados da federação tomaram a frente mesmo com todas as dificuldades decorrentes da falta de conhecimento sobre a doença. No entanto, na esfera federal, o processo de combate a AIDS tardou em função de circunstâncias políticas, já que o Brasil ainda vivia sob uma ditadura militar. Esse quadro se modificou com o processo de abertura política no país e somente no ano de 1986 começou a elaboração do Programa Nacional de AIDS do Ministério da Saúde.

Desta forma, na primeira fase da doença (1983-1986) podemos dizer que o combate a AIDS foi marcado fortemente por um caráter público reforçado pelo Movimento Sanitarista Brasileiro, ou seja, movido muito mais pela organização da sociedade do que pela ação do poder instituído do Estado. Por um lado, muitos médicos se engajaram no movimento social exigindo respeito aos direitos dos doentes e lutando contra a discriminação dos grupos mais vulneráveis à infecção pelo HIV (BRASIL, 2015, p. 148), por outro lado, os ativistas homossexuais recusaram o lugar de culpados pela epidemia e colocaram a mão na massa para construir uma política pública de combate a AIDS para o Brasil.

6.1.3 A lenta transformação do platô da justiça

No que diz respeito ao âmbito da justiça o movimento de desestabilização é distinto do movimento que ocorreu no âmbito da saúde. Três décadas depois da institucionalização da LEP, em 1984 e mesmo com a promulgação da Constituição de 1988 em dezembro de 2013 foi formulada a proposta de um anteprojeto de reforma da Lei de Execução Penal pela comissão de juristas instituída pelo “presidente do Senado Federal, Senador José Sarney, através do Ato nº 35, de 19 de novembro de 2012”. (BRASIL, 2013, p. 4). Tal reforma considera que

a Lei 7.210, de 11 de julho de 1984, significou grande avanço no reconhecimento da autonomia da disciplina do direito de execução penal, após a inconclusão de diversas iniciativas legislativas anteriores. Não obstante seu inegável ganho em termos de humanização da pena, são notórias as dificuldades, nas últimas três décadas, na efetivação de seus dispositivos e responsabilização dos entes federativos. É por isso que se tem, por diretriz fundamental, a preocupação com a normatização de mecanismos de garantia e consolidação de um conteúdo já presente no valoroso projeto que culminou outrora na Lei de Execução Penal. (BRASIL, 2013, p. 4)

Na realidade a reforma é uma revisão e atualização pontual do texto normativo da LEP à luz da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 que não se propõe elaborar uma nova lei ou um “Código Penitenciário” (BRASIL, 2013).

A comissão de juristas instituída para conduzir a revisão da LEP norteou o seu trabalho considerando:

1º) Humanização da sanção penal e garantia dos Direitos Fundamentais do condenado, em qualquer modalidade de pena e regime prisional, do destinatário de medida de segurança e do preso provisório, evitando-se ao máximo restrições derivadas de más condições de execução penal; 2º) Efetividade do cumprimento da sanção penal aplicada pela sentença, de modo a afastar-se o máximo possível a sensação de impunidade, de que resulta incentivo ao cometimento do delito; 3º) Busca de ressocialização do sentenciado, pelo trabalho e o estudo, preparando-se para o retorno à convivência social; 4º) Desburocratização da tramitação de procedimentos

judiciais e administrativos relativos à execução; 5º) Informatização para a segurança e agilização das tramitações necessárias; 6º) Previsibilidade objetiva dos passos da execução da pena, de forma a poderem o sentenciado e o sistema administrativo-judiciário antever até mesmo as datas dos passos efetivos do desenvolvimento da execução – inclusive as datas de transferência a regimes prisionais e da soltura automática, sem necessidade de requerimento e processamento de alvará de soltura, ante imediata colocação em liberdade na data do cumprimento da pena constante de sistema informatizado capilarizado aos estabelecimentos. (BRASIL, 2013, p. 4)

A partir dessas diretrizes a comissão trabalhou na perspectiva da formulação de um sistema de execução penal ideal, embora sem perder de vista a distância existente entre o que está escrito na lei e a consecução real de resultados concretos. Este trabalho contou com a participação de diversas categorias profissionais e de diversos segmentos da sociedade civil, que por meio de audiências públicas, encontros, reuniões, seminários, meios virtuais formularam proposições que foram consolidadas no anteprojeto da revisão da LEP. Desta forma, sugestões foram enviadas, por exemplo,

pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária – CNPCP, Conselho Penitenciário do Rio de Janeiro, Tribunais de Justiça do Paraná, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Santa Catarina e sua Coordenadoria de Execução Penal e da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Procurador Geral da República, 2ª Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público Federal, Ministério Público do Paraná e o Centro de Apoio Operacional das Promotorias Criminais, Júri e de Execuções Penais, Ministério Público do Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Goiás, Alagoas, Defensorias Públicas do Estado da Bahia e Rio de Janeiro, Ordem dos Advogados do Brasil – Seccional de Pernambuco, Instituto dos Advogados Brasileiros – IAB, Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à tortura no Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Administração Penitenciária – Fundação Santa Cabrini – RJ, Câmara Municipal de Toledo - PR, Conselho Regional de Serviço Social da 7ª Região – RJ, Secretaria Executiva de Ressocialização de Pernambuco - SERES/PE, integrantes do Acordo de Cooperação do Grupo II – Modernização da Gestão, Associação pela Reforma Prisional, Conectas Direitos Humanos, Associação Luz da Liberdade – RJ, Instituto dos Defensores de Direitos Humanos, Instituto Sou da Paz, Instituto Terra, Trabalho e Cidadania, Instituto de Defesa do Direito de Defesa, Pastoral Carcerária e Justiça Global – instituições signatárias que integram a Rede Justiça Criminal. (BRASIL, 2013, p. 5).

A revisão da LEP propõe modificações no texto normativo tomando como premissa a situação do contexto prisional brasileiro que envolve o crescimento da violência e da criminalidade, bem como crescimento da população carcerária, nas últimas duas décadas, pelo uso excessivo da pena de prisão em proporção inédita na história do País e mesmo de todo o mundo (BRASIL, 2013). Assim,

os grandes desafios que perpassam a reforma da execução penal tramitam em torno da conjugação das expectativas da sociedade quanto à certeza e à efetividade do sistema penal com a necessidade de responsabilidade republicana quanto à humanização da execução penal, com a garantia de direitos e a minimização dos danos produzidos pela experiência de privação de liberdade. Nesse sentido, as propostas de reforma são animadas pelo espírito de conferir efetividade e celeridade às disposições da Lei de Execução Penal a fim de garantir a dinamicidade que lhe deve ser inerente. (BRASIL, 2013, p. 6)

Diante das diversas propostas de modificações do texto normativo da LEP destacamos aquelas relativas à saúde. Assim, no que tange à assistência à saúde, que no texto da LEP de 1984 (BRASIL, 2008) contemplava apenas a assistência médica, farmacêutica e odontológica, com a revisão textual a proposta amplia a assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade nos seguintes termos:

art. 14^o (alteração). A assistência à saúde dos presos deverá ser pautada nas premissas do Sistema Único de Saúde – SUS, sendo garantida como direito básico, de caráter universal e multidisciplinar, com equidade, integralidade e resolutividade.

§1^o. (Vetado)

§ 2^o. Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.

§ 3^o. A União regulamentará a pactuação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios estabelecendo as estratégias, os recursos financeiros e humanos, bem como as linhas de ação necessárias à prestação dos serviços assistenciais de saúde.

§ 4^o. Será criado e mantido pela União programa de assistência terapêutica para custodiados dependentes químicos.

§ 5º. Será assegurado acompanhamento médico especializado à mulher, principalmente no pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido ou à sua prole, nos termos desta lei. (BRASIL, 2013, p. 29)

Essa proposta geral de assistência à saúde contempla grupos específicos da população carcerária em situação de vulnerabilidade, como por exemplo, “os custodiados dependentes químicos, para os quais são previstos programas de assistência terapêutica, e da mulher grávida, para quem é assegurado acompanhamento médico especializado extensivo ao recém-nascido ou à sua prole” (BRASIL, 2013, p. 7-8).

No que diz respeito ao tratamento das pessoas privadas de liberdade com transtorno mental que cometeram crimes, a revisão propõe a extinção dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, conforme descritos nos artigos 99, 100 e 101 do texto da LEP de 1984, pois considera que

não há fundamento jurídico para manutenção, na lei de execução penal, da disciplina normativa pertinente às medidas de segurança. Simplificando-se o procedimento, com o trânsito em julgado da sentença que aplica medida de segurança será expedida guia de execução endereçada à autoridade de saúde competente, com a devida inserção dos dados no Cadastro Nacional de Saúde, aplicando-se, a partir deste ponto, a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. (BRASIL, 2013, p. 17-18)

Por fim, a revisão da LEP propõe a inclusão das pessoas privadas de liberdade no cadastro do Sistema Único de Saúde, reconhecendo o direito dessa população à saúde.

Sendo o anteprojeto formulado e publicado no mesmo período da PNAISP, podemos dizer que a proposta de reforma da LEP sofreu as influências dos debates e avanços que redundaram na PNAISP, de modo que o platô saúde interferisse no platô justiça ao nível do poder instituído. Entretanto, isso não significa uma mudança ideológica, política e cultural no que diz respeito ao modo como a sociedade lida com seus conflitos, uma vez que, atualmente, tem a pena de prisão como sua

principal forma e, conseqüentemente, causa de uma das maiores violações de Direitos Humanos no Brasil que é a superlotação carcerária (BRASIL, 2013).

De modo geral, a proposta contida no anteprojeto de revisão do texto da LEP, no que diz respeito à assistência à saúde, vai ao encontro da PNAISP, no sentido de sanar o descompasso legislativo entre a LEP e o SUS no que diz respeito à garantia dos direitos e à disputa da vida das pessoas privadas de liberdade, conforme mencionada no início deste capítulo. Isso denota que o platô da saúde no Brasil está mais sujeito ao processo de individualização do que o platô da justiça. Esses dois platôs que formam sistemas metaestáveis se diferenciam entre si, porque no âmbito da saúde a diferença de potencial existente promovida pelas forças do coletivo é maior do que no âmbito da justiça, cujas forças do coletivo exercem pouca alteração na forma individualizada do judiciário.

Diferentemente da história do SUS, que emerge no movimento de Reforma Sanitária Brasileira, a revisão da LEP não tem na sua base um movimento social de luta forte o suficiente em prol das pessoas privadas de liberdade, capaz de produzir uma mudança, não somente legislativa normativa, mas em termos ideológicos, políticos e cultural quando o assunto é segurança pública e garantia de direitos das pessoas privadas de liberdade. Isso ocorre porque no âmbito da segurança pública prevalece a lógica da intervenção militarizada de combate em detrimento da seguridade social.

Atualmente, a bandeira dessa mudança é levantada em nome dos Direitos Humanos. Portanto, as instituições defensoras dos Direitos Humanos se posicionam contra os estados de dominação impostos pelo Estado e a favor dos direitos civis, econômicos e políticos da diversidade da população. No Brasil,

a luta pelos direitos humanos emerge com força nos movimentos contra a ditadura militar. Surgem com os chamados novos movimentos sociais que se efetivam ainda na segunda metade dos anos 1970, com práticas que começaram a rechaçar os movimentos tradicionalmente instituídos e que politizaram o cotidiano nos locais de trabalho e moradia, inventando novas formas de fazer política. Vieram quando “novos personagens entraram em cena” (SADER, 1988), quando emergiram “novos sujeitos políticos” que, no cotidiano, lutavam por melhores condições de vida, trabalho, salário, moradia, alimentação, educação, saúde e pela democratização da sociedade. (COIMBRA; LOBO; NASCIMENTO, 2008, p. 95)

De lá pra cá as forças dos movimentos sociais que lutam por uma sociedade mais democrática e libertária encontram ressonância nas lutas por Direitos Humanos em um sentido positivo, ou seja, “como diferentes modos de sensibilidade, diferentes modos de viver, existir, pensar, perceber, sentir; enfim, diferentes jeitos de estar e existir no mundo”. (COIMBRA; LOBO; NASCIMENTO, 2008, p. 93). Podemos dizer que o movimento de Reforma Sanitária Brasileiro e a proposta de criação do SUS, nele apoiado cumpre esse papel, bem como os movimentos de minorias LGBT, feminista, negro, entre outros.

Especificamente, após abertura democrática do País, as lutas por Direitos Humanos redundaram, no poder instituído, no Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), elaborado pelo Ministério da Justiça e organizações civis e instituído por meio do Decreto nº 1.904, de 13 de maio de 1996. O PNDH foi criado com a intenção de alertar e coibir a banalização da violência, principalmente aquela cometida pelo próprio Estado brasileiro, que ameaça a vida da população e o próprio processo, ainda frágil, de democratização do Brasil (BRASIL, 2010a, p. 204).

Apesar dos esforços feitos sob a égide dos Direitos Humanos, bem como pelo projeto de revisão da LEP, que animam as forças de desestabilização do platô justiça e conseqüentemente de formulação de políticas públicas nesse âmbito, o Brasil está longe de um resultado significativo, no que diz respeito à defesa da vida das pessoas privadas de liberdade no território prisional do país. Essa dificuldade de desestabilização do plano da justiça pode ser ilustrada com a seguinte fala:

as angústias que apertam o coração de cada um aqui, principalmente, a relação entre segurança e saúde é crítica. Eu não tenho dúvida de que hoje o que a gente vê nos estabelecimentos penais realmente é uma sobreposição, e algumas ações [de saúde] não conseguem sair em nome da segurança. Não tenho dúvidas de que isso é um grande desafio. [...] Eu entendo realmente que é uma grande angústia e essa é uma angústia nossa e por isso a gente vem pactuando sempre em conjunto. Essa não é uma política que está sendo discutida só no âmbito do Ministério da Saúde. A gente vem discutindo isso também no âmbito da justiça. Entendo também

que quem tem a chave do cadeado é a justiça e que ela vai ter que abrir a porta, senão a política [PNAISP] não entra. (INFORMAÇÃO VERBAL)⁶³

Conforme descritas na citação acima as dissimetrias entre o platô da saúde e o platô da justiça constituem o contexto de emergência da PNAISP. No entanto, quando comparados podemos dizer que o platô da saúde é mais suscetível às desestabilizações causadas por forças provenientes da dimensão pré-individual, do que o platô da justiça. Isso ocorre em função do próprio processo de individuação do SUS, isto é, em função do plano coletivo das forças que antecede e sucede a forma individuada do SUS, que conta com um movimento de reforma sanitária perene, enquanto que no platô da justiça os movimentos de desestabilização modificam muito lentamente sua condição metaestável.

6.2 PNAISP: cartografia da potência

A partir do que foi exposto acima, podemos dizer que o encontro do movimento de reforma sanitária brasileira, que resultou no SUS, com os movimentos sociais de combate a AIDS e de Direitos Humanos, na abertura política do Brasil, criou as condições de possibilidade para o processo de individuação da PNAISP. Ao contrário do que se poderia supor, a potência que engendra tal política não tem sua fonte no poder instituído, mas nos embates das forças das multidões que outrora modificaram o platô da saúde e da justiça no Brasil e, conseqüentemente, a dimensão instituída da saúde/justiça nos governos ditatoriais militares.

Essa potência que resultou no SUS não cessou de agir e ganhou novos contornos no poder instituído quando, em 2003, os Ministérios da Saúde e da Justiça instituíram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). O PNSSP é o marco histórico a partir do qual se intensificou a interação entre as realidades díspares da saúde e da justiça no que tange à responsabilidade pela saúde no sistema prisional.

⁶³ Entrevista realizada com a coordenadora geral de reintegração social e ensino do DEPEN/MJ em 2013.

Conforme demonstramos nos capítulos 1 e 2, podemos dizer que o que provocou a interação entre a saúde e a justiça não foram apenas as legislações existentes, cujos direitos à saúde para as pessoas privadas de liberdade estão regulados, estas legislações são o resultado do processo de individuação do SUS que por si só não garantiram à população encarcerada o direito a inclusão no Sistema Único de Saúde-SUS. Entretanto, a necessidade de se levar para o sistema prisional as políticas de saúde para a prevenção e tratamento de DST/AIDS continuou o processo de individuação que resultou no PNSSP e posteriormente na PNAISP.

Conforme a indicação da cartografia da política de saúde para o sistema prisional, a causa da desestabilização das forças no poder instituído (saúde e justiça), gira em torno do fenômeno da AIDS, isto é, do encontro de práticas sexuais com um vírus mortal que, desde a década de 1980, desencadeou uma diversidade de práticas que fomentaram a produção de conhecimento, de políticas públicas governamentais e não governamentais, insuflou movimentos sociais como o movimento gay, enfim, práticas que desde aquela década vêm alterando os comportamentos na ordem coletiva, individual e Estatal na atualidade.

As realidades díspares (saúde e justiça) se caracterizam por uma diferença de potencial denominada por Simondon de disparação, que ele aborda da seguinte maneira:

a experiência relativa a um mesmo objeto acrescenta e superpõe aspectos parcialmente contraditórios, produzindo um estado metaestável do saber relativo ao objeto. Neste momento aparece um germe estrutural sob a forma de uma nova dimensão, e nós temos uma estruturação que se estende sobre o campo metaestável que é a experiência; há operação de tomada de forma. (SIMONDON,1989, p.60)

Desta forma, o estado de disparação traz a exigência da individuação, ou seja, ativa a comunicação informativa entre as realidades díspares individuadas como, por exemplo, entre saúde e justiça e isso significa dizer que não são as formas, as realidades individuadas que suscitam a disparação.

Isso ocorre, porque a individuação psicossocial é permanente (SIMONDON, 1989), isto é, apesar das realidades individuadas o processo de individuação não cessa podendo funcionar num baixo grau de potência com pouca troca de informação ou com um alto grau de potência com muita troca de informação caracterizando assim o estado de disparação. Essas distintas grandezas potenciais antecedem a individuação, pois pertencem à realidade pré-individual. Sendo assim, é a partir do estado de disparação que se inicia o “teatro de individuação” (SIMONDON, 1989).

Assim, podemos compreender a crise que gira em torno do fenômeno da AIDS, que no sistema penitenciário brasileiro é alarmante, como o germe que instaura o teatro de individuação da política de saúde para o sistema prisional. Nesse teatro de individuação se realizou a operação transdutiva que fez com que o germe estrutural emergente da disparação entre o platô da saúde e o platô da justiça, se estendesse em várias direções num domínio de heterogeneidade, isto é, “conjunto da realidade que pode receber uma estruturação, que pode tomar forma por operação transdutiva” (SIMONDON, 1989, p. 64). A operação transdutiva

seria a propagação de uma estrutura que ganha um campo de próximo em próximo, a partir de um germe estrutural, como uma solução supersaturada cristaliza a partir de um germe cristalino; ela supõe que o campo esteja em equilíbrio metaestável, quer dizer, detenha uma energia potencial que só pode ser liberada pelo surgimento de uma nova estrutura, que é como a resolução de um problema; a partir deste momento, a informação não é reversível: ela é a direção organizadora que emana a curta distância do germe estrutural e que ganha o campo. (SIMONDON, 1989, p. 32)

No caso específico da saúde da população carcerária a operação transdutiva pode ser exemplificada a partir do fenômeno da AIDS, que surge como crise que expôs o problema de saúde pública inerente ao sistema prisional e consequentemente às realidades díspares saúde e justiça, cuja relação antagônica não dialética engendrou a política pública de saúde para o sistema prisional em 2003 com o PNSSP. Na medida em que a crise se instaurou foi necessário que saúde e justiça entrassem em relação de modo a apresentar soluções para epidemia de AIDS no sistema prisional, cujo germe estrutural da epidemia no Brasil foi localizado tempos atrás na década de 1980.

Tal crise abriu um canal de comunicação entre o pré-individual e o já individualizado, ou seja, pois em relação o plano das forças instituintes com o poder instituído. Assim, recrudescer o plano coletivo de forças no território prisional, no qual nem “todas as transformações possíveis foram realizadas e não existe mais nenhuma força; todos os potenciais foram atualizados, e o sistema tendo atingido o seu mais baixo nível energético, não pode se transformar novamente” (SIMONDON, 1989, p. 14).

Ora, como vimos o Ministério da Saúde enquanto poder instituído carrega a história de toda potência do movimento sanitário brasileiro, que redundou na sua principal política que é o SUS. Isso o torna mais suscetível às potências da multidão e caracteriza sua condição metaestável necessária para que políticas como a PNAISP pudessem se individualizar. Entretanto, isso não ocorre da mesma maneira no Ministério da Justiça, já que sua preocupação maior é com a segurança e não com a saúde. Nesse sentido, o Ministério da Justiça está mais suscetível às demandas oriundas da sociedade que, em nome da segurança, clama por leis mais rígidas e mais prisões.

Isso não significa dizer que o Ministério da Justiça seja insensível às demandas que correspondem ao platô da saúde, já que, se assim fosse, não existiriam condições para construir, junto com o Ministério da Saúde, a política de saúde para o sistema prisional. Entretanto, o fato da valorização da segurança sobrepor-se a da saúde demonstra que o platô da justiça apresenta um baixo potencial de transformação, ou seja, o contato entre esses dois meios díspares não cria estado crítico que tencione a forma justiça na busca de resolução e, portanto, provoque mudanças em sua dinâmica de forças exigindo que a justiça sofra transformações a partir das propostas do âmbito da saúde. Ora, como vimos no quinto capítulo, a assistência à saúde no cárcere continua sendo considerada um privilégio e não um direito das pessoas presas. Ou seja, se possível é por merecimento que se faz viver ou deixa morrer.

A busca de solução para a problemática em torno do fenômeno da AIDS no sistema prisional impôs uma comunicação entre o platô da saúde e da justiça, de modo que se desenvolveu, tanto no Ministério da Saúde, quanto no Ministério da Justiça o processo de individualização da política pública de saúde prisional, que se

iniciou com o PNSSP e culminou na PNAISP. Isso significa dizer que a potência que gira em torno da solução para o fenômeno da AIDS, que iniciou lá na década de 1980, continua produzindo modificações no poder instituído, a ponto de se criar, no Ministério da Saúde, a Área Técnica da Saúde no Sistema Penitenciário (ATSSP), responsável pela gestão da política de saúde para o sistema prisional.

6.3 O teatro das forças instituídas, reformadoras e instituintes

A possibilidade de articulação no poder instituído da política de saúde prisional não aconteceria sem um movimento instituinte caso, nas instâncias instituídas, não existisse uma equipe de gestores constituída por ativistas defensores do SUS e dos Direitos Humanos, simpatizantes e/ou diretamente ligados a movimentos sociais que garantissem uma unidade nas ações políticas no âmbito da saúde pública, num diálogo mais próximo das demandas da multidão que se debruça sobre o problema da AIDS e da saúde de um modo geral no território prisional.

Por exemplo, na composição da coordenação de saúde prisional encontravam-se, especificamente, ativistas do movimento LGBT e do movimento de Luta Antimanicomial. Desta maneira,

a presença desses dirigentes fazia representar o desejo coletivo de aprofundar mudanças no conteúdo e, portanto, também na trajetória de políticas públicas que já cumpriam papel histórico importantíssimo na defesa dos direitos humanos em saúde, afirmativos da liberdade e da cidadania. (BRASIL, 2016, p. 5)

Esse desejo de aprofundar mudanças se expressou por meio da maior participação do coletivo de forças na transformação do PNSSP na PNAISP. Já que o PNSSP era um programa governamental⁶⁴, ou seja, proposto pelo governo federal

⁶⁴ Os programas de governo são políticas propostas pelo governo federal cuja duração é limitada podendo ser extintos ou não. A construção desses programas de governo pode ou não contar com a participação da sociedade civil. As políticas públicas, por sua vez, tendem a ser mais duradouras e

aos estados e municípios, o que se pretendia era construir a PNAISP com um caráter mais público, isto é, com maior participação da sociedade.

Para tanto, essa passagem começou a ser realizada a partir do momento em que o PNSSP entrou em crise devido a vários problemas relativos a sua governamentalidade nos estados e municípios, ou seja, relativos aos recursos financeiros, aos recursos humanos e relativos à gestão interfederativa do PNSSP, conforme demonstrado na capítulo 1.

Assim, para contornar as dificuldades que impediam a governamentalidade do PNSSP, ele foi submetido a uma ampla revisão, por meio de uma consulta pública realizada entre 2009 e 2010, proposta pelo Ministério da Saúde para ampliar o diálogo com os estados e municípios e fomentar na sociedade o debate sobre a saúde no sistema prisional. Desta forma, segundo o diretor do DAPES e o gestor da PNAISP, respectivamente,

[...] a política, ela foi se desenhando numa interlocução bastante importante que estabelecemos com a sociedade civil, tanto a associação dos agentes penitenciários; de familiares; de equipes de saúde já existentes, o que para nós foi absolutamente importante para recolher e para dimensionar na política, talvez elementos que nos escapam de uma avaliação mais técnica ou mais interna do próprio Ministério da Saúde. (INFORMAÇÃO VERBAL)⁶⁵

[...] agora, com a saúde prisional [PNAISP] a gente está tentando potencializar essa participação e chamamos para discutir conosco para além dos movimentos que já são historicamente instituídos para esse sistema, que são a pastoral carcerária e os conselhos de comunidades. Então, a gente tem procurado chamar, por exemplo, o movimento negro. Para a população LGBT nós pautamos dentro do conselho nacional de política criminal e penitenciária (CNPCP) uma resolução específica, porque nós entendemos que há também uma questão de violência de gênero e de uma violência muito grande, principalmente, relativo às travestis, gays dentro do sistema prisional. (INFORMAÇÃO VERBAL)⁶⁶

perenes, isto é, mesmo com a troca do mandato vigente elas permanecem. A construção de políticas públicas necessariamente conta com a participação da sociedade civil.

⁶⁵ Informação fornecida por Dário Frederico Pasche. Fala extraída do Hipervídeo disponível em <http://www.redesestrategicassus.org/#/home> consultado em outubro 2017).

⁶⁶ Informação fornecida por Mardem Marques Soares Filho. Coordenador geral de saúde da pessoa privada de liberdade no Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas - DAPES/SAS/MS. Fala extraída do Hipervídeo disponível em <http://www.redesestrategicassus.org/#/home> consultado em outubro 2017).

Desta maneira, com a participação nessa consulta pública de gestores estaduais e municipais, da área da saúde e justiça, bem como profissionais de saúde que atuam no sistema penitenciário e da sociedade civil, o debate sobre a saúde no sistema prisional forneceu subsídios que, posteriormente, foram incluídos na formulação da PNAISP. Como vimos no capítulo 2, de modo geral, a consulta pública apontou para a necessidade de maior participação da sociedade civil no controle social da política de saúde para o sistema prisional, principalmente, por meio dos Conselhos de Saúde estaduais e municipais, Conselhos Penitenciários e a participação das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional.

Assim, podemos dizer que a partir desse momento entra em cena a exigência de que a governamentalidade inclua em suas ações o coletivo de forças instituintes, de forças reformadoras e de forças instituídas⁶⁷ no território prisional, todas envolvidas na individuação da PNAISP. Veremos algumas delas.

6.3.1 Fórum Permanente de Saúde no Sistema Penitenciário - FPSSP-RJ

Na medida em que o debate sobre a saúde no sistema prisional foi se ampliando outros arranjos sociais voltados para o problema da saúde das pessoas privadas de liberdade foram se formando. Por exemplo,

no dia 15 de abril de 2011 o Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro (CRP-RJ) realizou uma Audiência Pública na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) para debater o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), criado em 2003 pela Portaria Interministerial 1777 dos Ministérios da Saúde e da Justiça. Compuseram a mesa de debates, os representantes do Ministério Público, da Defensoria Pública, da Vara de Execuções Penais, do Conselho Estadual de Saúde e das Secretarias de Saúde e de Administração Penitenciária (SEAP). [...] Como resultado da audiência foi criado, em conjunto com as várias instituições que se fizeram representar naquela ocasião, um Fórum Permanente de Saúde no Sistema Penitenciário-FPSSP-RJ com o objetivo de garantir acesso à atenção básica de saúde e a inclusão da população penitenciária no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme previsto na Constituição Federal. (Disponível em:

⁶⁷ Ver no capítulo 3 e 4 as definições de forças instituintes, forças reformadoras e forças instituídas.

<http://forumdesaudeenosistemapenitenciario.blogspot.com.br/p/quem-somos.html> Acessado em 04/10/2017).

O FPSSP-RJ foi criado num contexto no qual o sistema de conselhos de psicologia debatia a participação dos psicólogos na feitura dos exames criminológicos⁶⁸ no sistema penitenciário e os problemas éticos que essa prática colocava para profissão, já que essa atividade que majoritariamente se destina aos psicólogos que trabalham no sistema prisional redundava em práticas de classificação que buscam diagnosticar a periculosidade das pessoas presas em detrimento das práticas de cuidado relativas à saúde das pessoas encarceradas.

Diante desse drama vivido pela psicologia no sistema prisional, no qual a saúde mais uma vez comparece subordinada à segurança, defender o PNSSP-RJ como uma maneira de valorizar as práticas de cuidado foi uma estratégia que o Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro (CRP 5ª) encontrou para marcar o seu posicionamento contra o exame criminológico, conforme a demanda feita por psicólogos trabalhadores do sistema prisional do Rio de Janeiro.

nós, da plenária de psicólogos da [Secretaria de Estado de Administração Penitenciária] SEAP, reunidos para esse específico fim, viemos solicitar um parecer do CRP-RJ a respeito dos dilemas éticos com os quais nos deparamos profissionalmente dentro do sistema prisional, a partir de nossa participação nas Comissões Técnicas de Classificação e na elaboração do Exame Criminológico. Essas questões vêm afligindo os psicólogos em sua prática profissional desde a década de 80, segundo a pesquisa História da Psicologia no Sistema Prisional, realizada por colegas durante os anos de 2005/2006. Hoje, passadas 2 décadas, continuamos a discutir as mesmas questões, vivendo os mesmos impasses e angústias. No intuito de que estes questionamentos de contraditória ética sejam respondidos, estamos recorrendo a este Conselho, atribuído da regulação ética profissional da classe. (FREITAS, et al. 2013, p. 17)

⁶⁸O Exame Criminológico nasceu [...] a partir da articulação entre a Criminologia Positivista e o Direito Penal, sob a égide da causalidade e da prevenção do delito. Segundo a Lei de Execução Penal (LEP), este exame foi previsto para ser realizado no início da execução da sentença com o propósito de classificar os condenados e orientar a elaboração e o acompanhamento do plano individualizador da pena. Foi imaginado como instrumento para estabelecer uma relação de causa e efeito a partir do binômio delito-delinquente, por meio da investigação médica, psicológica e social, conforme descrito na Exposição de Motivos da LEP” (FREITAS, C. R. et al. 2013, p. 13).

Desta forma, dentre as diversas atividades promovidas pelo Fórum Permanente de Saúde no Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro, se destacou sua participação na Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília entre os dias 30 de novembro e 4 de dezembro 2011, na qual pôde propor e aprovar moções relativas à saúde no sistema prisional. Assim,

segundo Márcia Badaró, entre as moções propostas e aprovadas por, no mínimo 10% dos mais de três mil delegados presentes, destacou-se a aprovação da Carta do Rio, elaborada pelo Fórum Permanente de Saúde no Sistema Penitenciário, que diz respeito às condições precárias de saúde da população privada de liberdade e das precárias condições de trabalho dos servidores da área de saúde que atuam nas prisões. [...] Ainda em relação ao sistema penitenciário, Márcia destacou a aprovação da moção que solicitava a transformação do Plano Nacional de Saúde, antes uma portaria interministerial, em uma Política Nacional de Saúde para o sistema penitenciário, que irá beneficiar todas as pessoas privadas de liberdade. Além disso, também qualificará os profissionais de saúde para uma atuação seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). (Disponível em: <http://forumdesaudenosistemapenitenciario.blogspot.com.br/2011/> Acessado em 04/10/2017).

O FPSSP-RJ está para o território na condição de forças reformadoras, conforme descritas por Lourau no capítulo 3, ou seja, propõe mudanças no dispositivo prisional sem propor mudança no status quo que sustenta a existência das prisões. As mudanças propostas são no sentido de melhorar as condições de existência dentro das prisões. Nesse sentido o FPSSP-RJ contribui para a política de saúde para o sistema prisional quando propôs a transformação do PNSSP para PNAISP como de fato ocorreu.

6.3.2 - Movimento LGBT na prisão

Além do Fórum Permanente de Saúde no Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro o movimento LGBT também se destacou como força reformadora na passagem do PNSSP à PNAISP. Por meio das ações da organização não

governamental (ONG) Igualdade-RS⁶⁹ – Associação de Travestis e Transexuais do Rio Grande do Sul, representada por sua presidente Marcelly Malta, a ONG teve a iniciativa de propor ao poder instituído local a criação de celas específicas no presídio central de Porto Alegre.

A proposta da ONG Igualdade-RS foi aceita pela Superintendência dos Serviços Penitenciários (Susepe), que em conjunto com a Secretaria Estadual da Saúde (SES) e a Secretaria da Justiça e dos Direitos Humanos (SJDH) inauguraram, em 2012, a galeria LGBT. (Disponível em : <http://www.rs.gov.br/conteudo/39989/galeria-com-celas-especificas-para-travestis-e-inaugurada-no-presidio-central> Acessado em 04/10/2017).

Conforme relato da presidente da ONG Igualdade-RS, inicialmente, “era para ser uma ala da população de travestis, mas num segundo momento a gente achou que os gays também eram tão discriminados como a população de travestis. E a gente conseguiu colocar os gays dentro da galeria 3ª onde a população de travestis está” (informação verbal)⁷⁰

Essa iniciativa teve como objetivo proteger a população LGBT encarcerada, que era alvo de discriminação e violações da dignidade humana, conforme ilustra os seguintes relatos:

em outros locais (com outros presos) a gente não podia casar com o companheiro que escolhíamos, éramos obrigados a nos prostituir e muitas eram violentadas sexualmente”, disse Edilson Rosalba da Silva, conhecido como Alanda, 24 anos, que foi presa por roubo e está há 10 meses no Presídio Central. Ele garante que o relacionamento que começou no presídio é sério. Disponível em: <http://noticias.terra.com.br/brasil/presidio-gaucho-e-o-2-a-receber-ala-exclusiva-para-travestis.ebabdc840f0da310VqnCLD200000bbcceb0aRCRD.html> - acessado em 26 set 2017.

⁶⁹“A Igualdade RS é a Associação de Travestis e Transexuais do Rio Grande do Sul, uma Organização Não-Governamental - ONG criada em 25 de maio de 1999 para atuar na defesa dos Direitos Humanos de travestis e transexuais, com ênfase na promoção da cidadania e campanhas de prevenção da área da saúde”. Disponível em: <http://www.aigualdaders.org/p/igualdade-rs.html>; Acessado em 13 jun. 2017.

⁷⁰ Informação fornecida por Marcelly Malta. Diretora da Associação de Travestis e Transexuais do Rio Grande do Sul. Fala extraída do Hipervídeo disponível em <http://www.redesestrategicassus.org/#/home> consultado em outubro 2017).

somos hoje tratados ainda primitivamente como bichos enjaulados dentro de um espaço prisional, mas que temos hoje alguns direitos conquistados de anos e anos de luta. (INFORMAÇÃO VERBAL)⁷¹

Certamente, a institucionalização da ala LGBT no presídio central representa um grau de libertação para essa população, para a qual não se tinha políticas específicas para garantir sua proteção. Nesse sentido, o movimento LGBT compareceu como uma força reformadora da prisão, na medida em que provocou a criação das celas específicas para tal população. Essa iniciativa não alterou o status quo do dispositivo prisional, mas permitiu a afirmação do modo de vida desse segmento no cárcere, isto é, a criação de tal ala significa o reconhecimento da condição subjetiva das pessoas LGBT privadas de liberdade.

Essa iniciativa do movimento LGBT suscitou a criação da resolução conjunta nº1 de 15 de abril de 2014, aprovada pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) e pelo Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD/LGBT), que foi incluída na PNAISP e define parâmetros de acolhimento para população LGBT no sistema prisional como, por exemplo, o reconhecimento da identidade de gênero e do nome social de travestis e transexuais (BRASIL, 2014c).

6.3.3 – Movimento de Luta Antimanicomial

Outro movimento social que recebeu consideração especial na passagem do PNSSP à PNAISP foi o movimento de Luta Antimanicomial. Os primeiros passos desse movimento foram dados nos anos de 1970, no contexto da abertura do regime militar. Contemporâneos ao movimento de Reforma Sanitária Brasileiro surgem os primeiros questionamentos no âmbito da saúde mental em função das denúncias que trouxeram a público a trágica situação dos hospitais psiquiátricos, nos quais se trabalhava em condições precárias, em clima de ameaça e violência a trabalhadores e pacientes destas instituições manicomiais. Esse fato ficou conhecido como a crise

⁷¹ Informação fornecida pela travesti Haika. Fala extraída do Hipervídeo disponível em <http://www.redesestrategicassus.org/#/home> consultado em outubro 2017.

da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação de políticas de saúde no subsetor saúde mental (LÜCHMANN e RODRIGUES, 2007).

Tal crise mobilizou profissionais de diferentes unidades, do Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) que serviram como espaço de discussão e produção de pensamento crítico que embasaram o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que surge nesse contexto com o objetivo de constituir um movimento de luta não-institucional, de debate e encaminhamento de propostas de transformação de assistência psiquiátrica (LÜCHMANN e RODRIGUES, 2007).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) iniciou uma greve em 1978 que durou oito meses. A partir das críticas à própria assistência psiquiátrica acerca da cronificação do manicômio e do uso do eletrochoque, as reivindicações giraram em torno de aumento salarial, da redução de número excessivo de consultas por turno de trabalho, melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços. Desta forma, se inicia o movimento de reforma psiquiátrica brasileira (LÜCHMANN e RODRIGUES, 2007).

Esse movimento contou com diversos congressos a nível nacional, que possibilitaram a vinda ao Brasil dos principais mentores da Rede de Alternativa à Psiquiatria, do movimento Psiquiatria Democrática Italiana, da Antipsiquiatria, enfim, das correntes de pensamento crítico em saúde mental, representadas, por exemplo, por Franco Basaglia, Franco Rotelli, Félix Guatarri, Robert Castel, Erwing Goffman etc., que fundamentaram o processo de desinstitucionalização da psiquiatria no Brasil (LÜCHMANN e RODRIGUES, 2007).

Com o desenvolvimento do movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no ano de 1987 ocorreu a I Conferência Nacional, que representa a ruptura com a reforma psiquiátrica brasileira que se restringia ao campo técnico-assistencial. Essa ruptura significou uma renovação em termos político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural. A partir desse momento, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) se distancia do Estado e se aproxima das entidades de usuários e familiares que passaram a participar das discussões da questão da loucura para

além do limite assistencial, concretizando a criação de uma utopia, cujo lema era *por uma sociedade sem manicômios* (LÜCHMANN e RODRIGUES, 2007).

No mesmo ano de 1987 foi realizado o II Congresso Nacional do MTSM (em Bauru/SP), que contou com os trabalhadores de saúde mental e a participação ativa dos usuários e familiares, no qual foi lançado o Manifesto de Baurú, documento inaugural do movimento de Luta Antimanicomial. Com o lema *por uma sociedade sem manicômios* o movimento tomou as ruas no esforço de construir opinião pública favorável à Luta Antimanicomial para qual era preciso desinstitucionalizar a lógica asilar das instituições psiquiátricas e inventar novas formas de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico. (LÜCHMANN e RODRIGUES, 2007). Assim,

a partir deste manifesto, surge a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial que, segundo Lobos, significa: “**Movimento** – não um partido, uma nova instituição ou entidade, mas um modo político peculiar de organização da sociedade em prol de uma causa; **Nacional** – não algo que ocorre isoladamente num determinado ponto do país, e sim um conjunto de práticas vigentes em pontos mais diversos do nosso território; **Luta** – não uma solicitação, mas um enfrentamento, não um consenso, mas algo que põe em questão poderes e privilégios; **Antimanicomial** – uma posição clara então escolhida, juntamente com a palavra de ordem indispensável a um combate político, e que desde então nos reúne: “por uma sociedade sem manicômios” (LÜCHMANN e RODRIGUES, 2007, p. 403)

Desta forma, o movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) se consolidou, em 1993, no I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em Salvador/BA, como Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA).

Uma das conquistas do Movimento de Luta Antimanicomial foi, no campo jurídico-político, a promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado, “que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por novas modalidades de atendimento, como Hospitais-Dia (HDs), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Lares Protegidos” (MACIEL, 2012, p. 76).

Essa lei embasou juridicamente o processo de desinstitucionalização da loucura, que é mais do que retirar os portadores de doença mental dos manicômios,

já que significa “o rompimento com o paradigma que entende a loucura como sinônimo de incapacidade e periculosidade, e com toda a prática que justifica, adota e advoga medidas de tutela e de exclusão” (MACIEL, 2012, p. 75). Desta forma, a desinstitucionalização da loucura intervém sobre a lógica asilar num confronto direto às instituições totais como modo de responder a problemas complexos que giram em torno da doença/saúde mental.

Particularmente, dos movimentos sociais, a Luta Antimanicomial é aquela que mais problematiza a relação antagônica não dialética entre os platôs da saúde e justiça, pois questiona o lugar dado na interseção entre esses dois platôs às pessoas que sofrem de transtorno mental e que cometeram crime. A problematização gira em torno da responsabilidade acerca do cuidado do louco infrator que para o movimento de Luta antimanicomial de ser realizado nos equipamentos de saúde mental e não dentro dos manicômios judiciários. Assim,

entre as pessoas que cometem crimes no Brasil, há aquelas que são inimputáveis em razão de doença ou deficiência mental. Essas pessoas não recebem uma pena, mas são submetidas a tratamento psiquiátrico obrigatório em cumprimento de uma medida de segurança. O cumprimento das medidas de segurança ocorre em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) ou em Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs) localizadas em presídios ou penitenciárias. As medidas de segurança podem ocorrer ou não em restrição de liberdade, mas em ambos os casos são acompanhadas pelos HCTPs e pelas ATPs. Os HCTPs e as ATPs são os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs), instituições inicialmente denominadas de manicômios judiciários que foram criadas no Brasil na década de 1920. (DINIZ, 2013, p. 11)

As pessoas portadoras de sofrimento mental, que cometeram crime, carregam o estigma duplo de loucas e criminosas, estigma esse que justifica a resistência tanto no âmbito da saúde quanto no âmbito da justiça do reconhecimento dos seus direitos. No âmbito da saúde, a resistência se expressa em aceitar tratar essas pessoas nos equipamentos de saúde preconizados na Lei 10.2016 (CAPES), isto é, fora do manicômio judiciário. No âmbito da justiça a resistência se expressa em aceitar que essas pessoas possam viver fora do manicômio judiciário. Nesse sentido,

a invisibilidade do louco infrator não foi rompida com as conquistas da Reforma Psiquiátrica dos anos 2000. Os manicômios abriram suas portas, e o tratamento em regime asilar passou a ser descrito como inumano. A sequestração do louco foi contestada não apenas pelos saberes biomédicos e jurídicos, mas principalmente pela comunidade de indivíduos em sofrimento mental. Mas nem todos os loucos foram incluídos nesse amplo regime de revisão da legislação. (DINIZ, 2013, p. 13)

Seja no âmbito da saúde seja no âmbito da justiça e na sociedade, de modo geral, a resistência em oferecer cuidados a essa população nos termos da Lei 10.216 se justifica pelo pavor de reincidência do crime, já que as pessoas portadoras de sofrimento mental e que cometeram crime são, na maioria das vezes, consideradas como incuráveis e irrecuperáveis, logo, apenados muito perigosos. As consequências dessa perspectiva é que, dos 3.989 homens e mulheres internados em hospitais ou alas psiquiátricas de presídios,

pelo menos 741 indivíduos não deveriam estar em restrição de liberdade, seja porque o laudo atesta a cessação de periculosidade, seja porque a sentença judicial determina a desinternação, porque estão internados sem processo judicial ou porque a medida de segurança está extinta. Isso significa que um em cada quatro indivíduos internados não deveria estar nos estabelecimentos de custódia. (DINIZ, 2013, p. 16).

Ocorre que a luta Antimanicomial, mesmo com toda resistência em torno das pessoas portadoras de sofrimento mental que cometeram crime, vem realizando práticas de desinstitucionalização desse segmento populacional internado em manicômios judiciário e expressando a sua força instituinte. Por exemplo, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), instituído em 2006 em Goiânia-GO, que se consolidou como modelo na atenção ao paciente em medida de segurança aboliu definitivamente a instituição do manicômio judiciário no estado de Goiás (SILVA, 2013).

Em Goiás, a medida de segurança estava sendo discutida, desde 1996, por diversos segmentos da sociedade. Nesse contexto, a promotoria do estado iniciou uma investigação preliminar, que realizou o levantamento dos casos de pessoas submetidas à medida de segurança. A partir dessa investigação, em 1999, duas decisões fizeram avançar a Luta Antimanicomial no âmbito da justiça:

a primeira, proferida no mesmo ano de 1999 pela própria VEP [Vara de Execução Penal], proibiu o ingresso de novos pacientes submetidos à medida de segurança na penitenciária; a segunda, obtida no ano 2000 junto ao Tribunal de Justiça, determinou a soltura daqueles pacientes psiquiátricos que se encontravam ilegalmente presos. (SILVA, 2013, p. 9).

Essas duas decisões inauguraram uma mudança de paradigma no âmbito das medidas de segurança, de modo que “esse tema deixasse de ser tratado unicamente sob o prisma da segurança para ser acolhido de vez pelos serviços de saúde pública, no ambiente universal do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a participação de toda a rede de atenção em saúde mental” (SILVA, 2013, p. 9).

Apesar das decisões que apontavam para mudança de paradigma as internações compulsórias continuavam a ser determinadas judicialmente impondo medidas de segurança a outros pacientes, a ponto de se construir dois Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, mas que foram embargados pelo Ministério Público do Estado de Goiás, que impediu que esses estabelecimentos fossem utilizados para internar/prender as pessoas destinadas à medida de segurança (SILVA, 2013).

Com a publicação da Lei da reforma psiquiátrica de 2001 o processo de desinstitucionalização dos manicômios judiciários de Goiás ganhou força permitindo a reorientação da execução das medidas de segurança não mais regulada com exclusividade pela legislação penal. Nesse contexto, o Estado de Goiás institui o PAILI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator) no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde. (SILVA, 2013).

Desta forma, o PAILI passou a ser o órgão responsável pela execução das medidas de segurança no Estado de Goiás. Administrativamente subordinado à Secretaria de Estado da Saúde, atua na “interface entre o paciente, o juiz, o Ministério Público, a Defensoria Pública, o sistema penitenciário e a rede de atenção em saúde mental” (SILVA, 2013, p. 27). Nesse novo arranjo não é mais o juiz quem determina diretamente a modalidade do tratamento, porém o médico e as equipes psicossociais de assistência à saúde mental.

Essa experiência do PAILI no contexto da individuação da política de saúde para o sistema prisional é uma das poucas situações em que a saúde não fica subordinada à justiça no contexto prisional. A desinstitucionalização, principal princípio da luta Antimanicomial, que norteia essa experiência representa uma força instituinte tanto para o platô da justiça, já que orienta as práticas de cuidado para fora das prisões, quanto para o platô da saúde, uma vez que as práticas de saúde são realizadas nos equipamentos de saúde que substituíram os manicômios.

O PAILI é uma experiência paradoxal, pois sua força instituinte está na prática de desinstitucionalização que essa experiência promove, isto é, uma prática que institui a desinstitucionalização. Essa experiência não pretende reformar nem as prisões nem os manicômios, já que propõem que a loucura seja cuidada numa relação com a cidade. Nesse sentido, podemos dizer que o PAILI, apoiada na Luta Antimanicomial, é uma experiência voltada para a potência da multidão.

Esse programa é um marco histórico na Luta Antimanicomial que tardou a incluir os manicômios judiciários na sua trajetória. Embora os manicômios judiciários sejam ainda uma realidade no território brasileiro, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAILI) representa uma força instituinte no território prisional, na medida em que a prática de desinstitucionalização da loucura nesse ambiente significa o fechamento dos manicômios-prisões.

A experiência do PAILI serviu de base para a formulação da portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014, que reorienta o modelo de assistência em saúde mental para as pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei, sob a tutela do Estado Brasileiro, ou seja, insere as pessoas em medida de segurança na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ou na rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), enfim no Sistema Único de Saúde – SUS.

No teatro de individuação da PNAISP são as forças instituintes, as forças reformadoras e as forças instituídas que compõem a cena da construção da política pública de saúde para o sistema prisional. Na impossibilidade de cartografar todas as forças desse teatro, selecionamos aquelas que de forma mais evidente se relacionavam com as tensões entre o platô da justiça e o platô da saúde, que

dificultam ou favorecem o objetivo maior da PNAISP que é inserir a população privada de liberdade no SUS.

Desta forma, mostramos como as forças instituídas, tanto da saúde quanto da justiça resistem em incluir no SUS as pessoas privadas de liberdade. No platô da justiça a prevalência da segurança representa a força instituída que resiste à PNAISP e, no platô da saúde, a resistência se expressa pelo não reconhecimento das pessoas privadas de liberdade como portadoras do direito à saúde, conforme prescrito na Constituição de 1988.

As forças reformadoras, ou seja, aquelas que não ameaçam o status quo da lógica prisional cumpriram um papel importante na formulação da PNAISP. A partir do fenômeno da AIDS, que trouxe à tona o problema de saúde pública relativo às doenças infectocontagiosas inerentes ao sistema prisional, a necessidade de se levar assistência à saúde para as prisões desestabilizou a relação de força entre os platô da saúde e o platô da justiça. Essa desestabilização foi corroborada pelas forças reformadoras, na medida em que contribuíram com práticas que serviram de referência na construção da PNAISP, como foi o caso da criação da ala específica para população LGBT.

Por fim, a força instituinte, isto é, aquela que ameaça o status quo da lógica prisional, se expressou através da Luta Antimanicomial. Na medida em que a experiência do PAILI pôde ser incorporada na construção de política pública de saúde prisional, podemos dizer que a PNAISP, pelo menos no que diz respeito às medidas de segurança, se insere na contramão do encarceramento em massa causado pela lógica de segurança vigente no Brasil.

Portanto, as forças instituídas, reformadoras e instituintes trouxeram para a cena o processo de individuação da política de saúde para o sistema prisional, que tem na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) a sua forma atual que está sempre sujeita a sofrer transformações, visto que o processo de individuação não se encerra nessa forma, pois é permanente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS Achados da experiência cartográfica

Este trabalho se iniciou a partir de uma inquietação relativa às possíveis direções de exercício das práticas de governo que podem se realizar num sentido mais libertário ou mais constrangedor. Essa inquietação, estimulada pelas reflexões deleuzianas, se desdobrou num paradoxo a respeito da faculdade humana de criar instituições, que ao mesmo tempo em que liberta o homem da natureza o constrange nos procedimentos institucionais. Foi sobre esse modo de vida paradoxal do humano que se desenvolveu este trabalho sobre política pública e por se tratar de um paradoxo o tema exigiu que percorrêssemos as bibliografias afins, bem como práticas concretas de governo.

Das práticas de governo escolhemos como referência a PNAISP que possibilitou abordar a relação paradoxal entre criação e constrangimento nas práticas institucionais. O fato de termos trabalhado com a PNAISP fez com que fosse possível perceber de forma mais evidente tais constrangimentos, ou melhor, os estados de dominação que caracterizam uma das faces das práticas institucionais, particularmente, por se tratar de uma política destinada às pessoas privadas de liberdade no sistema prisional.

Para mergulharmos na complexidade do paradoxo das práticas institucionais foi necessário abordar a relação entre forças instituintes e forças instituídas, já que o paradoxo poderia nos induzir a uma perspectiva dicotômica entre essas forças, de modo que colocássemos de um lado a criação e do outro o constrangimento. Para escapar dessa dicotomia lançamos mão de um diálogo com a Análise Institucional de René Lourau; os estudos sobre o poder instituinte de Antonio Negri e Espinosa; a perspectiva do processo de individuação de Gilbert Simondon e as formas de exercício de poder de Michel Foucault.

Assim, uma vez realizado o trabalho, podemos colher nele os elementos que possibilitam a problematização da noção de governo e política pública. Podemos dizer que ao longo do trabalho essa noção compareceu por vezes próxima da noção de Estado e próxima da noção de instituição, assim como da noção de forças, sendo que todas essas noções remetiam a uma maneira de pensar uma dimensão das

práticas de governo. Vejamos, então, quais foram as possíveis articulações entre essas noções.

Público é sinônimo de estatal?

Nesse trabalho não tomamos a noção de público como sinônimo de coletivo, uma vez que a noção de público se define no contraponto da noção de privado sendo o Estado a instância institucional que regula a relação entre um e outro. Entretanto, o coletivo é o que antecede a formação do público e do privado. Esta dicotomia é uma realidade historicamente construída e corresponde à perspectiva política, jurídica e econômica da modernidade. Nessa perspectiva, “as noções de bens públicos e de serviços públicos se desenvolveram, portanto, sob a influência de uma doutrina jurídica que faz do domínio público o patrimônio do Estado e do interesse geral, um atributo da soberania” (TEIXEIRA, 2015, p. 42).

Teixeira (2015) problematizou essa dicotomia de modo que pudesse surgir, para além do público e do privado, a noção de comum. Para ele a noção de comum não se esgota na noção de público, já que o sentido moderno de público é entendido como estatal, ou seja, aquilo que é garantido, regulado e governado pela autoridade do Estado em contraposição ao privado.

Segundo o autor, os estudos dessa problemática remetem à História do cercamento (*enclosure*) dos *commons* e atualmente essa problemática do comum trata do compartilhamento dos bens materiais como ar, água, terra, e todos os meios materiais indispensáveis à reprodução da vida e dos bens imateriais como linguagens, códigos, imagens, informação, conhecimentos e afetos, todos envolvidos na interação e produção social.

Teixeira, se utilizando dessa problemática propõe pensar a noção de comum num sentido mais amplo, isto é, não apenas o aspecto econômico da noção de comum, de modo a incluir, por exemplo, a saúde nessa perspectiva, já que para ele a nossa existência está fundada no comum. Essa perspectiva do comum como base

na existência é de grande importância para o nosso trabalho, pois permite pensar o tema do governo e de política pública para além do público e do privado.

Na noção burguesa de política pública o Estado possui tamanha centralidade a ponto de se confundir com a própria noção de público. O Estado ocupa a posição de sujeito, ou seja, aquele que faz política pública. Assim, “a tese tradicional é que a política se organiza como um campo que tem no centro a máquina do Estado, da qual emanam os projetos de governo e as políticas públicas. A série, portanto, aqui, se faz no sentido descendente Estado-governo-política pública”. (BENEVIDES E PASSOS, 2005, p. 564).

Aparentemente, essa perspectiva pode ser verificada na cartografia da saúde prisional. No momento em que o Estado brasileiro reconheceu o problema de saúde pública relativo às doenças infectocontagiosas (HIV e tuberculose) no sistema prisional, o governo federal acionou a sociedade civil para combater tal problema. Este foi o caso, por exemplo, do projeto Arpão no Rio Grande do Sul, mencionado no capítulo três.

A partir do reconhecimento do problema de saúde pública nas prisões foi formulado o PNSSP que se instituiu em 2003 como uma proposta estratégica de gestão da saúde do sistema penitenciário, por meio do governo federal que se utilizou posteriormente do instrumento de consulta pública para colher propostas na sociedade civil que viessem a contribuir para transformação do PNSSP na PNAISP. O PNSSP e a PNAISP correspondem ao que estamos chamando de saúde para o sistema prisional.

Podemos tomar como exemplo desse processo de centralização a consulta pública, que é um instrumento do Estado utilizado para se comunicar com a sociedade civil e colher informações necessárias para construir políticas públicas. Assim, a consulta pública seria um meio do Estado garantir a centralidade na construção de políticas públicas. Nesse sentido, o Estado é compreendido como uma instância transcendental centralizadora “que organiza o espaço e o tempo, reparte a cidade em diferentes segmentos que são interiorizados, por exemplo, em diferentes secretarias (saúde, educação, justiça, ação social, etc.)”. (SOUZA, 2009, p. 50). Entretanto, no decorrer no nosso trabalho a perspectiva centralizadora e

universal do Estado pode ser questionada através dos autores que fundamentaram a análise da cartografia. Vejamos como!

Descentralização do Estado enquanto sujeito de política pública

No primeiro capítulo do presente trabalho, a partir da Análise Institucional de René Lourau, vimos que o que se passa nas instituições incluindo o Estado é um embate de forças instituintes e forças instituídas. Lourau, com o objetivo de afastar uma perspectiva maniqueísta da relação entre forças instituintes e forças instituídas, desmistificou o conceito de instituição, especificamente a instituição Estado, que tradicionalmente é entendida pelas ciências jurídicas como um conjunto de corpus constituídos, seja de instância individual (presidência da república), seja por instâncias coletivas (Congresso Nacional, Corte Suprema, Conselhos, etc.).

Para Lourau essa definição de instituição das ciências jurídicas é equivocada, já que não faz distinção entre os diversos níveis de realidades que envolvem instâncias individuais, organizacionais e coletivas. Por exemplo, confunde o ato de instituir e promulgar uma lei com a própria aplicação da lei pelos aparelhos jurídicos. Não considera que as instituições que constituem sistemas de normas atravessam todos os níveis de realidade e formam o tecido institucional da sociedade e não apenas o Estado.

Lourau se afasta dessa perspectiva que muitas vezes confunde instituição com estabelecimento e mostra que a instituição é uma lógica de funcionamento, cuja aderência varia entre a implicação institucional, que demonstra o quanto se está referenciado a uma determinada instituição e o distanciamento institucional, que demonstra pouca referência a uma instituição. Por exemplo, podemos dizer que o movimento LGBT paulatinamente vem aumentando o grau de implicação institucional, no que tange a esse segmento populacional no interior dos estabelecimentos prisionais.

Como vimos no primeiro capítulo, a implicação institucional supõe transformação das instituições que pode ser reformadora, isto é, mesmo em

situação de conflito institucional a ação transformadora inclui novos elementos no jogo de força institucional sem modificar o status quo que define as instituições. Este é o caso, por exemplo, da criação das alas em presídios destinadas à população LGBT que afirma um modo de vida que não podia ser expresso dentro dos estabelecimentos prisionais, mas não coloca em questão o status quo da instituição prisão.

Entretanto, segundo Lourau, há ações transformadoras instituintes. Estas dizem respeito aos desviantes das normas institucionais (*outsiders*), aqueles que não foram contemplados pela instituição e que por essa razão são capazes de ações instituintes e transformadoras das instituições. No presente trabalho o fechamento dos manicômios judiciais proposto pela Luta Antimanicomial exemplifica as ações instituintes conforme definida por Lourau.

No embate entre forças instituintes e forças instituídas, na medida em que as ações instituintes atingem seus objetivos, produzem um novo funcionamento alterando a ordem institucional falsamente legitimada como eterna e universal, de modo que a instituição alcance um novo equilíbrio entre as forças instituintes e as forças instituídas. Assim, numa relação antagônica dialética as forças instituintes e instituídas se enfrentam e a síntese dessa batalha é a instituição.

Nesse sentido, como já dissemos no capítulo dois, a Análise Institucional pensa a liberdade no seio das instituições, na medida em que as ações instituintes estão direcionadas para as instituições. Essa afirmação, por exemplo, pode ser confirmada com História da Reforma Sanitária Brasileira, que apresentamos brevemente no capítulo seis. Vimos que a insatisfação social com a forma instituída da saúde no período de ditadura militar produziu mobilizações populares, de profissionais, estudantes, e intelectuais que constituíram o movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que veio, em 1988, se instituir na forma do SUS modificando a lógica de funcionamento institucional anterior relativa à saúde.

Desta forma, na perspectiva da Análise Institucional as forças instituintes ameaçam as forças instituídas, porém, a instituição necessita das forças instituintes para progredir, ao passo que estas precisam da instituição para manter vivos seus projetos de transformação permanente. Ora, se o que se passa nas instituições é um embate de forças, se o Estado não possui uma unidade, já que é uma realidade

composta de instituições que o atravessam, então não haveria razão para sustentar a noção transcendental do Estado, de modo que este seja concebido como sujeito da construção de políticas públicas, embora o Lourau reconheça a força centrípeta do Estado no que diz respeito às ações instituintes.

Tal crise da universalidade e centralidade estatal também foi posta em questão por Antonio Negri. Como vimos no primeiro capítulo, Negri recusou a perspectiva dos saberes jurídicos e do constitucionalismo que atribui o poder constituinte ao Estado. Negri afirmou que há no âmbito desses saberes uma crise do conceito de poder constituinte que gira em torno do paradoxo entre a potência do poder instituinte, que é uma fonte de expansão e vitalidade do ordenamento jurídico, e o poder constituído que busca encerrar a potência do poder constituinte em seus mecanismos jurídicos. Para fundamentar a afirmação da existência da crise do conceito de poder constituinte, no âmbito de tais saberes, Negri analisou as perspectivas teóricas transcendente, imanente e coextensiva, que tentaram contornar o paradoxo entre poder constituinte e poder constituído.

A perspectiva transcendente afirma que a potência do poder constituinte se impõe do exterior ao sistema de poder constituído. No seu grau máximo de transcendência, no momento em que o poder constituinte funda o ordenamento jurídico, o nexos causal é rompido e o poder constituído se volta contra a potência do poder constituinte impondo-lhe limites. No grau mínimo de transcendência o poder constituinte se orienta para o ordenamento jurídico e sua potência é investida por completo na produção de normas. Desta forma, na perspectiva transcendente, a potência do poder constituinte ou está limitada ou neutralizada pelo poder constituído. Ora, nessa perspectiva, principalmente no grau máximo de transcendência, não fica evidente o que acontece com a potência assim que o nexos causal é interrompido e no grau mínimo a potência se esvai no ordenamento jurídico, o que é uma contradição já que a potência é fonte expansiva do ordenamento jurídico.

Do ponto de vista de uma relação imanente a potência do poder constituinte é o motor da dinâmica institucional. Isso significa dizer que o poder constituinte no seu grau mínimo de imanência participa do processo de institucionalização do ordenamento jurídico que é dividido em quatro etapas (acordo contratual, convenção

constituente, hierarquia legislativa, execução da lei). O grau mínimo de imanência ficou caracterizado pela participação do poder constituinte em tal processo a partir da segunda etapa. A perspectiva de um grau máximo de imanência coloca o poder constituinte como o disparador, a partir de um fato extraordinário, imprevisto e por vezes isolado, do processo evolutivo entre a realidade material/formal e a realidade sociológica/jurídica que tem como finalidade a adequação entre essas duas realidades.

A perspectiva imanente diminui a potência do poder constituinte seja porque coloca no princípio do processo de institucionalização do ordenamento jurídico um contrato hipotético, pois supõe uma condição de igualdade de todos os cidadãos, seja porque o poder constituinte é considerado um fato extraordinário e isolado que dispara o processo de institucionalização. Nas duas posições a potência criadora do poder constituinte é mitigada no processo de institucionalização do ordenamento jurídico.

Por fim, Negri abordou a crise do conceito de poder constituinte na perspectiva coextensiva. Desse ponto de vista, a potência do poder constituinte é fonte da normatividade presente da sociedade, cuja dinâmica não é disparada por um fato esporádico e nem provém de uma norma fundamental, pois resulta da relação de forças políticas contextualizadas socialmente que culminam na formalização da constituição jurídica. Nessa perspectiva, a dinâmica que põe em funcionamento tal normatividade é caracterizada por uma relação antagônica dialética entre as forças políticas presentes na sociedade, das quais resulta a constituição material, e sua interpretação na forma de constituição jurídica. O grau máximo e mínimo diz respeito à intensidade da potência dessa atividade normativa. No entanto, seja essa atividade normativa efetivada com baixa ou alta intensidade, o destino do poder constituinte é ter sua potência neutralizada na dinâmica dialética sempre renovada que a institucionaliza no poder constituído.

Localizamos a Análise Institucional nessa perspectiva coextensiva da relação entre poder constituinte e poder constituído. Como demonstramos no primeiro capítulo, os outsiders, aqueles que não foram contemplados pela instituição portam a atitude instituinte capaz de transformação institucional. Segundo Lourau, são eles que põem por meio da contestação em movimento o processo de transformação

institucional, mas que, na medida em que a força instituinte for incorporada, a instituição alcança um novo equilíbrio, estabelecendo assim um círculo vicioso entre o poder constituinte e o poder constituído.

Nas três perspectivas (transcendente, imanente e coextensiva) o poder constituinte se orienta para o poder constituído, ou seja, a potência é sempre reformadora da instituição que se mantém centralizadora e depositária da potência. Essas perspectivas que reduzem o poder constituinte à produção de normas do direito, garantindo a soberania do poder constituído foram postas em cheque por Negri, que recusou o caráter teleológico do poder constituinte em direção ao poder constituído, já que no momento em que o poder constituído institucionaliza a potência, esta deixa de ser potência, declara jamais tê-lo sido, isto é, se desloca e “se forma e reforma incessantemente em todo lugar” (NEGRI, 2015, p. 12).

O pensamento negriano circunscreve o paradoxo que gira em torno da faculdade humana de criar instituições, que ao mesmo tempo em que liberta o homem da natureza o constrange nos procedimentos institucionais. A partir do pensamento de Negri podemos aferir que esses constrangimentos são parciais. Pois, como afirmou Negri, a potência nunca é aprisionada, já que não se institucionaliza por completo.

A potência, como dissemos no primeiro capítulo, não pode ser subsumida, pois está para o poder constituído numa relação intransitiva, antagonista, porém não dialética. A potência é uma pura afirmação e o poder constituído é uma expressão da potência, ou seja, uma configuração de forças mais ou menos estabilizada que pode ser modificada pela potência que dele escapa. Decorre dessa premissa que não há universalidade nem centralidade das instituições e do Estado.

Por exemplo, no Brasil a instituição prisional aparentemente constitui uma unidade imutável devido à estabilidade da configuração de forças que a concerne. Por outro lado, os manicômios que também apresentaram essa aparente unidade no passado, hoje, no Brasil, passam por um processo de desinstitucionalização da loucura que desestabiliza a configuração passada. Comparando a instituição prisional com a instituição manicomial a primeira está menos suscetível à transformação do que a segunda. Em termos spinozistas podemos dizer que a prisão é uma instituição triste, pois tem baixa potência de transformação.

Portanto, podemos concluir que o que Negri está apontando é que a potência se orienta para fora da instituição e isso implica dizer que a transformação institucional ocorre na medida em que a potência instituinte se desloca e a instituição, cuja vida depende dessa potência, é forçada a se transformar em função desse deslocamento incessante da potência. Logo, a crise do conceito diz respeito à orientação da potência, que para os saberes jurídicos e sociológicos está direcionada para o poder constituído que a neutraliza, porém para Negri está direcionada para o fora das instituições, isto é, para o plano coletivo de forças de onde se individualizam as instituições.

Tal crise está na base da cartografia das políticas públicas produzidas no Departamento de Ações Estratégicas e Programáticas (DAPES/SAS/MS), cujos gestores tinham como inquietação

o fato de que aquilo que se torna público do processo de gestão são normalmente os produtos institucionais (portarias, decretos, normas, cartilhas, etc.) e raramente o processo de construção destes produtos: a face instituída e não a face instituinte de políticas. Esta produção nasce de uma questão: “como tornar público o processo de construção de políticas desde o lugar do Ministério da Saúde?” (BRASIL, 2016, p. 9).

Essa inquietação tinha um duplo sentido. Por um lado, dar publicidade às políticas mantendo a centralidade do poder constituído representado pelo DAPES, por outro lado, tornar pública a memória cartografada dos processos de construção das políticas desse departamento, incluindo a PNAISP, ou seja, desejava a participação do coletivo de modo que as políticas pudessem ser efetivamente públicas. Enfim, desejava-se a potência do poder constituinte.

É importante ressaltar que as políticas geridas no DAPES são destinadas a populações estratégicas ou vulneráveis como é o caso da população prisional, ou seja, o DAPES constrói políticas de saúde para segmentos específicos da população que geralmente não são completamente contemplados nas suas especificidades de saúde pelo poder constituído. Podemos dizer que esses segmentos populacionais estão na condição de *outsiders* no sentido atribuído por René Lourau.

Além disso, nesse departamento a equipe de gestores era constituída por ativistas dos direitos humanos e construtores do SUS, isto é, simpatizantes e/ou diretamente ligados a movimentos sociais que garantiam uma unidade nas ações políticas no campo da saúde pública num diálogo mais próximo das demandas da sociedade civil. Por exemplo, na composição da coordenação de saúde prisional encontravam-se, especificamente, ativistas do movimento LGBT e da luta antimanicomial. Dito de outra forma, tratava-se de gestores sensíveis às contestações e às atitudes instituintes.

Desta forma, a crise que percorria o DAPES revela que os gestores identificavam um distanciamento que colocava, de um lado, o Ministério da Saúde que é a instância de organização estatal e do outro lado a sociedade civil. Dito de outra maneira, um distanciamento causado aparentemente por problemas de comunicação que obstacularizava o fluxo das forças entre a realidade institucional (DAPES) e a realidade pública (sociedade civil). Diante disso, a gestão do DAPES se deu a tarefa de diminuir tal distanciamento por meio do acesso da sociedade à memória cartográfica dos processos de construção das políticas públicas.

Para o nosso trabalho a demanda de comunicação foi uma pista que nos remeteu ao processo de individuação da política de saúde para o sistema prisional, pois a intenção de publicização explicitou a necessidade de circulação do fluxo de forças instituintes e instituídas para que o caráter público das políticas fosse almejado. Especificamente, na cartografia da política de saúde para o sistema prisional tal crise se expressou na medida em que o Estado brasileiro não conseguiu garantir o direito à saúde da população privada de liberdade mesmo com a existência de dez anos do PNSSP. Diante dessa constatação, o governo federal decidiu realizar a transição do PNSSP à PNAISP se aproximando mais dos outros entes da federação e da sociedade civil.

Dito isso, a crise do DAPES e do PNSSP denota que o poder constituído corre em busca da potência do poder constituinte. Portanto, desconstruindo a argumentação de que o poder constituinte está submetido ao poder constituído, Negri demonstrou a crise do conceito e afirmou que o poder constituinte não se dobra ao poder constituído, em vez disso o desestabiliza deslocando seu limite, de modo que o poder constituído fique a mercê da potência do poder constituinte. Tal

afirmação destituiu uma perspectiva transcendental do Estado e retirou deste a centralidade da construção de políticas públicas.

Ora, se o Estado não possui essa centralidade que os saberes jurídicos lhe atribuem, se o Estado não é um ente unitário, já que é uma realidade compósita e se o Estado não é o sujeito da produção de políticas públicas, embora participe dessa produção, então, como pensar uma noção de política pública distinta da noção tradicional dos saberes jurídicos que se valem da noção de um Estado soberano que governa, por exemplo, por meio da dicotomia público/privado? Essa questão se impôs para pensar a cartografia da política de saúde para o sistema prisional.

Na mesma direção da crítica à noção centralizadora e transcendental do Estado, vimos, no capítulo cinco, a perspectiva foucaultiana das formas de exercício de poder. Michel Foucault, na sua analítica das relações de poder mostrou que na governamentalidade moderna o poder não emana do Estado, mas se exerce por meio de mecanismos sutis de controle já existentes nas sociedades que, por sua vez, são reutilizados em práticas de governo do Estado.

Assim, ele se debruçou sobre as formas de exercício de poder mais microfísicas incorporadas nas relações institucionais para extrair seus efeitos de repressão ou estimulação. Foi o caso, por exemplo, das análises do poder disciplinar e do biopoder, nas quais Foucault examinou as técnicas e táticas que foram transformadas e utilizadas em modo de dominação global por mecanismos mais gerais incluindo os mecanismos estatais. Desta forma, sua análise partiu de um plano coletivo de forças, no qual se individualizam normas que constituem as instituições.

Deste modo, Foucault realizou a análise das formas de exercício de poder num sentido ascendente contrariando a perspectiva dos saberes jurídicos forjados na ideologia burguesa que coloca o Estado como o centro do poder. Assim, nas palavras de Foucault

o Estado – hoje provavelmente não mais do que no decurso de sua história – não teve esta unidade, esta individualidade, esta funcionalidade rigorosa e direi até esta importância. Afinal de contas, o Estado não é mais do que uma realidade compósita e uma abstração mistificada, cuja importância é muito menor do que se acredita. O que é importante para nossa

modernidade, para nossa atualidade, não é tanto a estatização da sociedade, mas o que chamaria de governamentalização do Estado. (FOUCAULT, 1995, p. 292).

Desta forma, na perspectiva foucaultiana, a governamentalidade moderna diz respeito a uma arte de governar, isto é, um modo de dispor as coisas que não se restringe à aplicação da Lei, visto que se trata da condução das relações que os indivíduos estabelecem consigo mesmos e com os outros, bem como com o que eles produzem em seu território; as doenças a que estão expostos; seus desejos e prazeres, enfim, a maneira como eles se organizam para viver.

Para Foucault, (1995) a governamentalidade atravessa o âmbito político, econômico e moral. No âmbito político, a arte de governar diz respeito às práticas que são realizadas para o fortalecimento do próprio Estado, não porque este é o aparelho de onde emanaria todo o poder, mas porque se trata de uma instância de estratificação das relações de poder numa lógica de governo que visa organizar e gerir a vida dos indivíduos e população.

No âmbito da economia, que tradicionalmente diz respeito ao governo da família, a arte de governar através de técnicas e procedimentos estatísticos dá lugar a uma economia política que visa conhecer a rede de relações entre indivíduos, população, território e riquezas, a fim de fortalecer o governo político.

No âmbito moral, a arte de governar se caracteriza pela condução de condutas, realizadas por meio de práticas e técnicas que os indivíduos utilizam para se conduzirem e conduzirem uns aos outros, isto é, incide sobre o encontro das técnicas de poder, exercidas sobre as condutas dos outros para conduzi-los a um determinado fim, e das técnicas de si, utilizadas pelos indivíduos para se transformar. Logo, o governo moral diz respeito à condução do governo de si e dos outros.

Segundo Foucault (1995), na governamentalidade moderna os três modos de governo se imbricam numa continuidade ascendente (governo moral, econômico, político) e descendente (governo político, econômico, moral) sendo o governo econômico o ponto de incidência da arte de governar. Assim, na governamentalidade moderna “são as táticas de governo que permitem definir a

cada instante o que deve ou não competir ao Estado, o que é público ou privado do que é ou não estatal, etc” (FOUCAULT, 1995, p. 292).

No nosso trabalho a noção de governamentalidade corresponde ao domínio de realidade da PNAISP. Conforme a caracterização de tal domínio, podemos dizer que por trás do encarceramento em massa da população brasileira há um fator econômico, visto que foi possível identificar na cartografia da política de saúde prisional que a principal causa de aprisionamento feminino e masculino é o tráfico de drogas. Soma-se ao fator econômico o racismo que é um fator moral responsável pela exclusão da população negra, por exemplo, por meio da política anti-drogas adotada pelo o Estado brasileiro que atinge majoritariamente pessoas jovens, negras e pobres conduzindo-as seja para prisão seja para a morte.

A cartografia da saúde prisional, por um lado, deixou transparecer que o encarceramento em massa está orientado para o segmento populacional que se encontra à margem da economia formal do mercado de trabalho empurrando esse segmento para o tráfico de drogas, no qual são capturados e presos pelo Estado. Por outro lado, foi possível ver na cartografia (capítulo cinco) que uma vez presa, a população privada de liberdade não tem o seu direito à saúde reconhecido, já que na condição de “criminosos” a saúde para as pessoas privadas de liberdade é uma questão de mérito. Desta forma, a questão é ao mesmo tempo econômica, política e moral.

Identificamos na cartografia que essas questões políticas, econômicas e morais compareceram no baixo investimento financeiro no PNSSP que não alcançou trinta por cento do território penitenciário inclusive com devolução por parte de alguns estados da federação para o governo federal do dinheiro que seria investido na política de saúde. Além disso, vimos no capítulo cinco que as ações de saúde no interior do dispositivo prisional são ofertadas a partir de uma perspectiva meritocrática ficando muitas vezes nas mãos dos agentes penitenciários a decisão de que presos vão receber ou não as ações de saúde.

Todas essas questões políticas, econômicas e morais circunscreveram o domínio de governamentalidade em que estão inseridas as pessoas privadas de liberdade. De modo geral, os estudos foucaultianos sobre o tema da governamentalidade permitiram pensar como foi possível a vida entrar nas tramas

do biopoder, mais especificamente, a vida das pessoas privadas de liberdade nas prisões.

Ao traçar as condições de possibilidades históricas do biopoder, Foucault, como vimos no capítulo cinco, mostrou a crise da governamentalidade do poder soberano. Na medida em que as práticas disciplinares e biopolíticas de governo foram se disseminando pelo corpo social, o Estado foi perdendo a centralidade. Isso não significa dizer que o Estado foi substituído por essas outras práticas de governo, mas que a forma jurídica de exercer o poder por meio da Lei foi cedendo lugar às normas como modo de exercício do biopoder em instituições laterais ao Estado.

O pensamento negriano corresponde ao pensamento foucaultiano no sentido de que a potência não emana do Estado, mas do fora (*dehors*), isto é, de um plano coletivo de forças “que tende à extinção do poder constituído, um processo de transição que libera o poder constituinte, um processo de racionalização que “decifra o enigma de todas as constituições”” (MARX, 1843 apud NEGRI, 2015, p. 33). Logo, podemos dizer que o público da política pública diz respeito a tal plano coletivo de forças que engloba o governo no âmbito político, econômico e moral. Vejamos, então, como a noção de política pública pode ser pensada não mais a partir do poder constituído (Estado), mas a partir do plano coletivo das forças.

O coletivo como sujeito de política pública

Negri, seguindo a abordagem spinozista da multidão, contribui para radicalizar a noção de plano coletivo de governamentalidade que destacamos. Na medida em que não se deteve ao âmbito do político, econômico e moral como formas individuadas, podemos dizer que Negri pensa a governamentalidade no plano da multidão, ou seja, a condução de conduta presente na multidão. Assim, como vimos no segundo capítulo, seu olhar se voltou para o exterior das instituições em busca da potência da multidão como possibilidade de libertação. Negri encontrou na potência da multidão a possibilidade de renovação das instituições que é mera consequência da potência e não o seu objetivo.

A relação entre multidão e poderes constituídos pode ser abordada de duas maneiras para pensarmos a construção de políticas públicas. A primeira, representada pela filosofia de Thomas Hobbes, privilegia a unidade dos poderes constituídos em detrimento da multiplicidade que caracteriza a multidão. A segunda, representada pela filosofia de Spinoza, acentua a multiplicidade da multidão como força constituinte, a partir da qual o poder constituído extrai sua potência. Nessa perspectiva, a relação da potência é sempre com a revolução e não com o poder constituído.

A multidão para Negri (2015) é uma multiplicidade de singularidades livres e criadoras, cuja potência resulta dos agenciamentos nela realizados coletivamente. Segundo o autor, a multidão constitui a realidade social propriamente dita. Entretanto, a racionalidade política moderna atribuiu à multidão um funcionamento irracional que deveria ser controlado pelo poder constituído. Assim, a racionalidade moderna fundou com o apoio dos saberes jurídico, sociológico e psicológico a dicotomia colocando de um lado a multidão e o social e do outro lado o poder constituído (Estado) e a política. Podemos dizer que tal dicotomia induziu uma concepção de política pública como controle do social.

A sociedade civil seria nessa dicotomia a instância mediadora entre o caos da multidão e o poder constituído (Estado). Entretanto, “o conceito de ‘sociedade civil’, como momento intermediário no processo que leva do estado natural ao Estado político, não existe em Spinoza. O estado civil é ao mesmo tempo sociedade civil e Estado político” (NEGRI, 1993, p. 257). Logo, o político e o social se fundem no estado civil que é expressão da multidão e que constitui o plano coletivo de governamentalidade. Portanto, na perspectiva negriana não há lugar para a dicotomia preconizada pelos saberes jurídicos que separa o social do político.

A racionalidade do poder constituinte se caracteriza, segundo Negri, pela busca das singularidades diversas. Isso significa dizer que a multidão e o poder constituinte que dela advém não tende para a uniformidade, ou melhor, não se forma a partir da redução das singularidades ao uno. Como vimos no primeiro capítulo, essa é a perspectiva dos saberes jurídicos que se apoiando do antagonismo dialético pressupõem no embate de forças instituintes e forças instituídas a equalização da multiplicidade da multidão em uma unidade homogênea.

Portanto, podemos dizer que a lógica do antagonismo dialético supõe supressão da multiplicidade das singularidades que compõem a multidão no embate de forças instituinte e instituída, do qual resulta o processo de institucionalização. Ao contrário, na lógica do antagonismo não dialético proposto por Negri, a multiplicidade de singularidades da multidão no embate tenso de forças se mantém na disparidade. Não há, portanto, uniformização, de modo que persiste uma diferença de potencial nas instituições, no poder constituído.

Ora, como vimos no capítulo dois, a multidão é o ser pré-individuado de todas as instituições que compõem o social como sistemas metaestáveis. As individuações (instituições) que emergem do ser pré-individual (multidão) são efeitos das diferentes potências dos movimentos sociais que constituem a multidão. Assim, o antagonismo não dialético opera por transdução entre a diferença de potencial das forças e não por síntese que exaure a potência das forças em uma unidade homogênea.

Na cartografia da política de saúde para o sistema prisional o antagonismo não dialético compareceu na relação entre saúde e justiça. Como vimos no capítulo quatro, o fio dental serviu de analisador dessa relação, isto é, em torno do fio dental se expressou o antagonismo institucional que se caracterizou pela difícil relação entre a lógica da saúde, para qual o fio dental era um item corriqueiro de saúde bucal e a lógica da justiça criminal, para a qual o fio dental, no sistema prisional, poderia representar um problema de segurança, já que poderia ser utilizado pelos presos(as) para fins que não fossem da higiene bucal.

A relação antagônica não dialética entre saúde pública e segurança pública já comparecia desde o período de formulação do PNSSP em virtude da dificuldade que o Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde-MS encontrava para levar as ações de cuidados (distribuir preservativo, ofertar testagem) para o sistema penitenciário. Segundo o relato da assessora técnica desse departamento a tensão existente entre as duas lógicas é constante, embora ela afirme que tem conseguido mostrar o valor das ações de saúde para a própria segurança nas prisões, de modo que haja composição entre saúde pública e segurança pública apesar do antagonismo.

Como vimos no capítulo cinco, o antagonismo não dialético entre o platô da saúde e o platô da justiça se replica no dispositivo prisional. Como a assistência à

saúde é percebida pelos agentes penitenciários como uma questão meritocrática e não de direito das pessoas privadas de liberdade, nessa condição, as ações de saúde no sistema prisional se tornam “moeda de troca” para garantir a disciplina dos presos(as) e a harmonia na prisão. Submetidos nessa lógica carcerária as pessoas privadas de liberdade dependem dos agentes penitenciários para serem atendidas e os profissionais de saúde ficam sujeitados à avaliação que os agentes penitenciários fazem dos detentos(as) para exercer suas funções. Nessa lógica carcerária meritocrática e disciplinar a segurança e saúde travam uma relação antagônica não dialética no dispositivo prisional.

Numa outra perspectiva a relação antagônica não dialética entre o platô da saúde e o platô da justiça compareceu na interface com os movimentos sociais, isto é, com o fora das instituições com a multidão. Esse foi o momento na cartografia da saúde para o sistema prisional em que a noção de política pública mais se aproximou do plano coletivo das forças. Vejamos como!

Por exemplo, vimos na cartografia que se contrapondo à palavra de ordem “bandido bom é bandido morto” que emerge da multidão e percorre o país em nome da segurança pública, o movimento de direitos humanos vem lutando no sentido de alertar e coibir a banalização da violência, principalmente a violência cometida pelo Estado brasileiro, incitada por tal palavra de ordem que reverbera dentro e fora dos presídios.

Como resultado dessa luta identificamos na cartografia a criação do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), a partir do qual foi possível transferir da justiça militar para a justiça comum os crimes dolosos contra a vida praticados por policiais militares (Lei 9.299/96), o que redundou, por exemplo, no indiciamento e julgamento de policiais militares que participaram do massacre das pessoas privadas de liberdade no presídio do Carandiru em São Paulo. Assim, o movimento de direitos humanos compareceu na cartografia como uma das forças do coletivo que se presentificou na construção da política de Saúde para o sistema prisional.

Propagando a potência do Movimento de Reforma Sanitária o PNSSP e a PNAISP representaram o esforço de adentrar o sistema prisional, que pertence ao âmbito da justiça, com o SUS, que é a face instituída deste movimento. Nesse sentido, dentre a população brasileira, as pessoas privada de liberdade no sistema

prisional foram as últimas a serem reconhecidas formalmente no âmbito da saúde como sujeitos de direito, já que suas existências estavam pautadas pela Lei de Execução Penal (LEP) de 1984.

Como vimos ao longo do trabalho o PNSSP e a PNAISP são políticas que visam corrigir o descompasso, no que diz respeito à saúde da população encarcerada, entre a LEP, que corresponde ao período de ditadura militar, e o Sistema Único de Saúde (SUS) prescrito na Constituição Brasileira de 1988. Nesse sentido, podemos afirmar que a força do Movimento de Reforma Sanitária que emergiu nos anos de 1970 reverberou como potência do coletivo na composição da política de saúde para o sistema prisional.

No mesmo sentido, a potência dos movimentos sociais de combate a AIDS dos anos de 1980 que fomentou a produção de conhecimento e políticas estatais e não estatais em torno de tal fenômeno se propagou sobre o território prisional por meio do PNSSP que foi primordialmente, mas não exclusivamente engendrado no Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde-MS, assim como pela criação das celas no presídio central de Porto Alegre-RS destinadas à travestis, transexuais e gays, provocada pela Associação de Travestis e Transexuais do Rio Grande do Sul que demandou novos parâmetros de acolhimento para a população LGBT encarcerada.

Dentre os movimentos sociais a Luta Antimanicomial expôs de forma mais intensa o antagonismo não dialético entre saúde e justiça, na medida em que reivindicou a reorientação do modelo de assistência em saúde mental para as pessoas com transtorno psíquico em conflito com a lei internados nos manicômios judiciários. Como vimos no capítulo seis, foi o caso, por exemplo, da experiência do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), instituído em 2006 em Goiânia-GO, que aboliu a instituição do manicômio judiciário no estado de Goiás (Brasil, 2013). Essa experiência do PAILI é uma das poucas situações em que a saúde não ficou subordinada à justiça.

A força instituinte da luta Antimanicomial se expressa na medida em que, a um só tempo, desinstitucionaliza a lógica asilar dos manicômios e das instituições psiquiátricas judiciárias para inventar outras maneiras de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico nos equipamentos de saúde que substituíram esses

estabelecimentos institucionais. A desinstitucionalização, que norteia o movimento de Luta Antimanicomial, compareceu na cartografia como uma força instituinte, cuja potência desestabiliza tanto o platô da saúde, uma vez que as práticas de saúde são realizadas em estabelecimentos que substituíram os manicômios, quanto o platô da justiça, já que orienta as práticas de cuidado para fora das prisões.

Em suma, no contexto da saúde para o sistema prisional a desinstitucionalização é uma prática abolicionista dos manicômios/prisões, na medida em que propõe lidar com os conflitos sociais que giram em torno do louco infrator de outra maneira que não via encarceramento. Assim, o movimento de Luta Antimanicomial compareceu como força do coletivo na política de saúde para o sistema prisional paradoxalmente orientando tal política para o fora da instituição prisão.

Na interface com os movimentos sociais de direitos humanos, Reforma Sanitária Brasileira, movimento de combate a AIDS e movimento de Luta Antimanicomial, a noção de política pública se aproximou do plano coletivo das forças, considerando a singularidade de cada movimento, a intensidade da potência de cada movimento e a orientação das forças no jogo antagônico não dialético, tudo constituindo a multidão cuja potência possibilitou a individuação da política de saúde para o sistema prisional.

Por fim, resta pensar um princípio de funcionamento do plano coletivo das forças que engendra políticas públicas. Como vimos no primeiro capítulo, na base do antagonismo não dialético se encontra o princípio conativo das relações de forças que atravessam as instituições, ou seja, o princípio conativo que engendra o plano coletivo no qual se individualizam políticas públicas. Esse princípio que se refere ao esforço, por meio do qual todas as coisas buscam perseverar no ser é também um ato de resistência, pois uma força maior pode destruir uma força menor.

Assim, o conatus na diferença de potencial de forças que ao mesmo tempo em que impulsiona também resiste é uma força produtiva do ser e do social. Desta forma,

“[...] quando os homens em estado de Natureza, descobrem as vantagens de unir forças para a vida em comum, não fazem pactos nem contratos, mas formam a multidão ou a massa como algo novo: o sujeito político. A massa, constituindo um sujeito único, cria um indivíduo coletivo cujo conatus é mais forte e superior ao de cada um dos indivíduos isolados. Esse conatus coletivo é o soberano ou o Estado civil. Dessa maneira ninguém transfere a um outro o direito e o poder para governá-lo, mas cada um e todos conservam, aumentado, o direito natural, agora transformado em direito civil e Estado” (CHAUÍ, 1995, p. 76).

Portanto, o conatus é motor de sociabilidade, pois, sabendo que uma força maior pode destruir uma força menor é necessário uma arte de compor as forças com outrem para formar o coletivo e construir um comum, de modo a aumentar ou diminuir a potência de cada ser envolvido. Ora, eis aí a produção do coletivo, já que cada um se junta àqueles que estão de maneira a aumentar sua potência e se opõe àqueles que por ventura possam diminuir seu esforço de perseveração.

Através dessa dualidade matricial de aproximações e exclusões os homens entram em concórdia ou discórdia e assim engendram normas, grupos e instituições. As instituições se fazem por consenso e dissenso e estão subordinadas não ao poder constituído, mas à potência social da multidão. Elas constroem os homens porque são a expressão de um conatus coletivo que, por definição, é mais forte que o conatus de um ente isolado. Portanto, as instituições resultam de um fazer humano que alonga a potência do estado natural ao estado civil. Podemos denominar esse fazer humano de política pública, que é um modo de perseverar na existência.

O paradoxo colocado pelas reflexões deleuzianas a respeito da faculdade humana de criar instituições, que ao mesmo tempo em que liberta o homem da natureza o constrange nos procedimentos institucionais, se explica não porque há uma regulação imposta do exterior aos homens por um poder constituído transcendente às relações antagônicas, mas porque tal constrangimento é inerente ao princípio conativo que, ao libertar o homem do estado de natureza, o constrange no estado civil e nos procedimentos institucionais relativos ao estado civil. Isso não significa dizer que o poder constituído não constrange os homens, mas que esse constrangimento institucional é efeito das relações antagônicas não dialéticas que estão na base do processo de individuação do poder constituído.

Por exemplo, no caso específico da política de saúde para o sistema prisional podemos dizer que o constrangimento vivido pelas pessoas privadas de liberdade na instituição prisão, é, em certa medida, uma expressão do enunciado “bandido bom, é bandido morto”, presente na sociedade. Esse enunciado, que não é unânime, faz parte do modo como a sociedade brasileira lida com os conflitos sociais e com a segurança pública, que não apenas clama por mais encarceramento em massa, como também deseja o aniquilamento da população encarcerada, na medida em que não reconhece o direito à saúde dessa população.

Nesse âmbito de governamentalidade a política de saúde para o sistema prisional encontra seu limite e seu maior desafio para se efetivar, mas como vimos na cartografia a possibilidade de deslocar esse limite passa pela implicação dos movimentos sociais com a saúde das pessoas privadas de liberdade não apenas porque é um direito, mas porque a saúde é um bem comum no sentido atribuído por Teixeira, ou seja, que deve ser compartilhado por todos em prol de todos. Desta forma, a saúde como um bem comum é aquilo que pode ser produzido no plano coletivo de forças segundo o princípio conativo. Se concordarmos com Teixeira no que a saúde pertence ao plano do comum, então devemos buscar outro olhar para esse plano para além do público e do privado, isto é, para os movimentos das forças do coletivo.

Dito isso, a cartografia da política de saúde para o sistema prisional permitiu pensar um sentido de política pública que não se confunde com o poder constituído, ou melhor, com o Estado enquanto instância que exerce o controle do coletivo por meio da dicotomia público e privado. Logo, o conceito de política pública, conforme indicou a cartografia, deve ser pensado a partir do plano coletivo das forças, nas relações antagônicas não dialéticas a partir das quais se tece o coletivo de onde advêm as políticas públicas.

Implicação ética

Enfim, escrever sobre políticas públicas no contemporâneo nos coloca um desafio, já que o modo de governo na atualidade tem a forma de biopoder, que

decide sobre a vida dos homens. Quando o assunto diz respeito às políticas públicas destinadas à população prisional, o posicionamento diante dessas políticas se torna mais difícil, pois encontramos na sociedade brasileira, de forma recorrente, por exemplo, a seguinte frase: “bandido bom é bandido morto”.

Tal frase, na maioria das vezes é pronunciada contra as lutas que defendem os Direitos Humanos, de maneira que delimita aqueles que devem estar excluídos desses direitos, isto é, que são identificados com a figura do Homo Sacer descrita por Giorgio Agamben. É considerado homo sacer aquele cuja vida, por estar fora do direito humano e do direito divino, é matável (AGAMBEN, 2012). Assim, a frase “bandido bom é bandido morto”, de uma forma radical nega qualquer direito para a população prisional, já que deseja sua morte. Diante disso, cartografar uma política pública como a PNAISP foi um grande desafio, já que são muitas as forças contrárias a sua efetivação no sistema prisional.

Certamente, a escrita desse trabalho acompanhou o esforço realizado para construir e promulgar a PNAISP, porém, em vez de um posicionamento romântico e otimista ou dramático e frustrado em relação à solução do problema de saúde pública presente no sistema prisional, busquei realizar a cartografia dessa política a partir de um pensamento trágico evocado por Clément Rosset (1989), cuja base é o acaso original ou constituinte que se contrapõe a qualquer princípio organizativo transcendental como, por exemplo, Natureza ou Deus. Dito de outra maneira:

acaso original ou acaso constituinte que ignora e se for possível recusa, a ideia de natureza. Original por não supor nenhuma natureza na origem de sua possibilidade; constituinte, por ser origem produtora de tudo o que poderá ser reconhecido sob o nome de natureza. (ROSSET, 1989, p. 95).

De posse do pensamento trágico e da noção de acaso constituinte afirmei os jogos de forças de onde tudo emerge, a partir dos quais se cria, por exemplo, as convenções e as instituições. Além disso, afirmei como atitude uma ética do acolhimento diante do acaso, ou seja, um acolhimento dos achados do acaso num sentido ativo, pois não se trata de ficar a mercê do acaso, e sim de ir ao encontro do acaso para sobrepujá-lo, modificá-lo, na medida em que se acrescenta mais acaso a esse ambiente caótico, valorizando as forças criativas. A partir do pensamento do

trágico pude definir o tom do presente trabalho, de modo que pudesse me desviar de posicionamentos românticos ou dramáticos em relação à PNAISP e buscar uma criação impossível nesse percurso.

Referências bibliográficas

- AGAMBEN, G. Homo Sacer: O Poder Soberano e a Vida Nua I, trd. Henrique Burigo, 2 ed., Belo Horizonte: Editora UFMG, 2012.
- BAREMBLITT, G. F. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática, 5ed., Belo Horizonte, MG. 2002
- BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade / orgs. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia. – Porto Alegre: Sulina, 2009. pp. 52-74.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 10, n. 3, pp. 561-571. 2005.
- BOVE, L. Uma filosofia de resistência à dominação. In. IHU ON-LINE. Revista do Instituto Humanitas Unisinos. Edição 397. São Leopoldo, 06 de agosto de 2012. p. 61-66. Disponível em <http://www.ihuonline.unisinos.br/media/pdf/IHUOnlineEdicao397.pdf> Acessado em 10 out 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Redes Estratégicas do SUS e Biopolítica: cartografias da gestão de políticas públicas. Dario Frederico Pasche Tadeu de Paula Souza (Org) [versão eletrônica] Brasília-DF : Ministério da Saúde, 2016. 256 p. : il.
- _____. Ministério da Saúde. Histórias da AIDS no Brasil: as respostas governamentais à epidemia de AIDS. Lindinalva Laurindo-Teodorescu e Paulo Roberto Teixeira (Org). Volume 1. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015.
- _____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Justiça. Normas e princípios das Nações Unidas sobre prevenção ao crime e justiça criminal. Brasília, 2009a.
- _____. Decreto nº 592, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos. Promulgação. 1992a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0592.htm. Acesso em: 25 nov. 2015.
- _____. Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. 1992b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D0678.htm. Acesso em: 25 nov. 2015.
- _____. Direitos Humanos. Declaração de Compromisso Sobre HIV/AIDS das Nações Unidas. “Uma ação mundial para superar uma crise global”. Sessão especial das nações unidas sobre hiv/AIDS: uma ação mundial para superar uma crise global 27 de junho de 2001. 2001a. Disponível em: <http://www.portalsida.org/repos/012.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2015.
- _____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3). Brasília: SDH/PR, 2010a. Disponível em:

<<http://www.sdh.gov.br/assuntos/direito-para-todos/programas/pdfs/programa-nacional-de-direitos-humanospndh-3>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

_____. Presidência da República. Secretaria Geral. Mapa do encarceramento: os jovens do Brasil. Brasília: Presidência da República, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Consulta Nacional sobre HIV/AIDS no Sistema Penitenciário: relatório final. Brasília, 2009b.

_____. Portaria nº 485, de 29 de março de 1995. Constitui comitês de assessoramento para as respectivas áreas de prostituição, homossexualidade e sistema penitenciário da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS do Ministério da Saúde. 1995. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 mar. 1995. Seção 2, p. 34.

_____. Portaria Interministerial nº 2.035, de 8 de novembro de 2001. Institui Comissão Interministerial com a atribuição de definir estratégias e alternativas de Promoção e Assistência à Saúde no âmbito do sistema penitenciário nacional, integrada pelos titulares dos seguintes órgãos e entidades em anexo. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 nov. 2001b. Seção 1, p. 32.

_____. Portaria Interministerial nº 628, de 2 abril de 2002. Legislação do sistema prisional. 2002a. Disponível em: <http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/penitenciario/portaria_int_628_02.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2015.

_____. Portaria SPS nº 17, de 18 de maio de 2002. Institui Grupo de Acompanhamento da implementação da atenção básica de saúde constante do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 2002b. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=184504>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do Anexo 1, destinado a prover a atenção integral a saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 set. 2003a. Seção 1, p. 18-21.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2014a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html>. Acesso em: 5 dez 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema. 2. ed. Brasília, 2005. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007. Brasília, 2004. p. 44. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2015.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Relatório da situação atual do sistema penitenciário: assistência à saúde. Brasília, 2008. p. 47.

_____. Portaria nº 2.801, de 28 de novembro de 2011. Suspende temporariamente a transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e/ou Municipais correspondentes ao Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, no âmbito do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 2011a. p. 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2801_28_11_2011.html>. Acesso em: 25 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação em saúde no sistema penitenciário. Brasília, 2010b. 172 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_sistema_penitenciario.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2015.

_____. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 7, de 14 de abril de 2003. Recomenda a adoção de um elenco mínimo de ações de saúde no sistema penitenciário, pautadas pela lógica da atenção básica. Brasília, 2003b Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdfde-1980-a-2015/resolucao-no-07-de-14-de-abril-de-2003.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2015.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001c. Seção 1, p. 2.

_____. Ministério da Saúde. Consulta pública do Sistema Único de Saúde. Documento: Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP. Brasília, 2010c.p. 3 Disponível em: <http://200.214.130.94/CONSULTAPUBLICA/INDEX.PHP?MODULO=DISPLAY&SUB=DSP_CONSULTA#>. Acesso em: 5 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 27 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: política pública, patrimônio do povo brasileiro. Brasília, 2012. 232 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1.679, de 12 de agosto de 2013. Institui o Grupo de Trabalho Interministerial para elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional e o Comitê Técnico Intersetorial de Assessoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1679_12_08_2013.html>. Acesso em: 5 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014. Institui normas para a operacionalização da política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional (PNAISP) no âmbito do sistema único de saúde (SUS). 2014b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html>. Acesso em: 5 dez 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Resolução Conjunta nº 1, de 15 de abril de 2014. Estabelece os parâmetros de acolhimento de LGBTs em privação de liberdade no Brasil. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 74, 17 abr. 2014c. Seção 1, p. 2.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2014d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html>. Acesso em: 5 dez 2015.

CHAUÍ, M. Espinosa: Uma Filosofia da Liberdade. São Paulo: Moderna, 1995.

CHAUÍ, M. Política em Espinoza. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

COIMBRA, C.; LOBO, L; NASCIMENTO, M. L. Por uma invenção ética para os direitos humanos. Psic. clin., Rio de Janeiro, vol.20, n.2, p. 89-102, 2008.

Conselho Nacional de Justiça. Novo diagnóstico de pessoas presas no Brasil: Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas – DMF. Brasília, 2014. p. 4. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/diagnostico_de_pessoas_presas_correcao.pdf. Acesso em: 25 nov. 2015.

DELEUZE, G. Instinto e Instituições. In A ilha deserta e outros textos. Textos e entrevistas (1953-1974) Edição preparada por David Lapoujade. Tradução brasileira. Editora Iluminuras, 2004, pp. 17-20.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. MIL PLATÔS: Capitalismo e Esquizofrenia. Vol. 4. tradução de Suely Rolnik. 1ª Edição- Ed 34. São Paulo, 1997 (Coleção TRANS)

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. O Anti-Édipo: Capitalismo e Esquizofrenia. Tradução Luiz B. L. Orlandi. Rio de Janeiro: Editora 34, 2010.

DELEUZE, G. Espinoza: filosofia prática. Tradução: Daniel Lins e Fabien Pascal Lins. São Paulo. Escuta. 2002.

DELEUZE, G. Foucault. Tradução Claudia Sant'Anna Martins. São Paulo. Brasiliense, 2005.

DELEUZE, G. Gilbert simondon, o indivíduo e sua gênese físico-biológica. In A ilha deserta e outros textos. Textos e entrevistas (1953-1974) Edição preparada por David Lapoujade. Tradução brasileira. Editora Iluminuras, 2004, pp. 102-106.

DELEUZE, G. O que é dispositivo? In: DELEUZE, Gilles. O mistério de Ariana. Lisboa: Passagens, 1996. Disponível em:

http://www.uc.pt/iii/ceis20/conceitos_dispositivos/programa/deleuze_dispositivo acessado em 03/10/2017.

DINIZ, D. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011 [recurso eletrônico] / Debora Diniz. -- Brasília : LetrasLivres : Editora Universidade de Brasília, 2013.

ESCÓSSIA, L; TEDESCO, S. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica In. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade / orgs. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia. – Porto Alegre: Sulina, 2009. pp. 92-108.

ESPINOSA, B. - Tratado político. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2009.

FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia e a história. In Microfísica do poder. Organização, tradução de Roberto Machado. 11. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1995. p.p 15-37.

FOUCAULT, M. Sobre a história da sexualidade. In Microfísica do poder. Organização, tradução de Roberto Machado. 11. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1995. pp 243-176.

FOUCAULT, M. (1984) Política, polemica problematização. In: Ética, sexualidade e política. Coleção "Ditos e Escritos", Vol. V. Organização e seleção de textos de Manoel Barros da Motta. Tradução de Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. Entrevista concedida a P. Rabinow. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2004, pp. 225-233.

FOUCAULT, M. (1988). Tecnologia política dos indivíduos. In: In: Ética, sexualidade e política. Coleção "Ditos e Escritos", Vol. V. Organização e seleção de textos de Manoel Barros da Motta. Tradução de Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2004, pp. 301-318.

FOUCAULT, M. Vigiar e punir nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete 29ª Edição EDITORA VOZES Petrópolis-RJ 2004.

FOUCAULT, M. Soberania e disciplina. In. Microfísica do poder. Organização, tradução de Roberto Machado. 11ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1995. p. 179-191.

FOUCAULT, M. A política da saúde no século XVIII. In. Microfísica do poder. Organização, tradução de Roberto Machado. 11ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1995. p. 193-207.

FOUCAULT, M. A governamentalidade. In. Microfísica do poder. 11ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1995. p. 277-293.

FOUCAULT. M. Em defesa da sociedade: Curso no College de France (1975-1976). Tradução: Maria Ermantina Galvão. Ed. Martins Fonte. São Paulo 2005.

FOUCAULT. M. (1984f) - A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: Ética, sexualidade e política. Coleção "Ditos e Escritos", Vol. V. Organização e seleção de textos de Manoel Barros da Motta. Tradução de Elisa Monteiro e Inês Aufran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2004, pp. 264-287. Entrevistado por H. Becker, R. Fornet-Betancourt, A. Gomez-müller.

FRANÇA. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas. França, 1948. p. 5-7. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/declaracao/>>. Acesso em: 6 dez. 2015.

FREITAS, C. R. ...[et al.] Fragmentos de discursos (não tão amorosos) sobre o Exame Criminológico: Um livro falado./ Cristiano Rodrigues de Freitas... [et al.]. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia 5ª Região, 2013.

GUATTARI, F & ROLNIK, S – Micropolítica – Cartografias do desejo. 4ª ed. Editora Vozes. Petrópolis-RJ, 1996.

GUATTARI, F. - Psicanálise e transversalidade – ensaios de análise institucional. Idéias & Letras, (Tradução Adail Ubirajara Sobral, Maria Stela Gonçalves). Aparecida, SP. 2004.

GUATTARI, F. Revolução Molecular: pulsões políticas do desejo. 3ª edição. Editora Brasiliense. São Paulo - SP 1985

JULLIEN, F. O diálogo entre as culturas: do universal ao multiculturalismo. Rio de Janeiro. Editora Zahar, 2009

LORDON, F. La puissance des institutions. Revue du Mauss permanente. Texte publié le 8 avril 2010. Disponível em: < <http://www.journaldumauss.net/?La-puissance-des-institutions>> Acessado em 10 out 2017.

LOURAU R. - Analista institucional em tempo integral. Altoé, Sônia (org.) São Paulo: HUCITEC, 2004.

LÜCHMANN, L.H.H. & RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil .Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):399-407, 2007

MACHADO, R. Foucault, a ciência e o saber. 3ª edição revista e ampliada. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed. 2006.

MACIEL, S.C.; • Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 73-82, jan./jun. 2012

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de informações penitenciárias INFOPEN - junho de 2014a. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>> Acessado em 08 out 2017.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de informações penitenciárias INFOPEN - junho de 2014b. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/noticias/estudo-traca-perfil-da-populacao-penitenciaria-feminina-no-brasil/relatorio-infopen-mulheres.pdf>> Acessado em 08 out 2017.

NEGRI, A. O poder constituinte: ensaio sobre as alternativas da modernidade. 2ª edição – Rio de Janeiro. 2015.

NEGRI, A. A anomalia selvagem: poder e potência em Spinoza. Ed. 34. Rio de Janeiro. 1993.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (Brasil). Declaração Universal dos Direitos Humanos.1948. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/declaracao/>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

PAIM, J. Reforma sanitária brasileira : contribuição para a compreensão e crítica / Jairnilson Silva Paim. – Salvador : EDUFBA; Rio de Janeiro: FIO CRUZ, 2008. 356 p.

PASSOS, E.; KASTRUP, V. ESCÓSSIA, L. - Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade / orgs. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia. – Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASTORAL CARCERÁRIA. Tortura em tempos de encarceramento em massa. Org. Paulo Cesar Malvezzi Filho. Ed. Asaac, 2016.

RABENHORST, E. R. ser e dever ser na teoria kelseniana do direito. In. Revista Direito e Liberdade – ESMARN – Mossoró - v. 1, n.1, p. 119 – 130 – jul/dez 2005. Disponível em <http://www.esmarn.tjrj.jus.br/revistas/index.php/revista_direito_e_liberdade/article/view/218/248> Acessado em 09 out 2017.

REVEL, J. Michel Foucault: conceitos essenciais. São Carlos; SP: Ed. Clara Luz, 2005.

RODRIGUES, C.; TEDESCO, S. Por uma perspectiva ética das práticas de cuidado e governo no contemporâneo. In. Ética e Subjetividade: novos impasses no contemporâneo / organizado por Sílvia Tedesco e Maria Livia Nascimento. – Porto Alegre: Sulina, 2009. pp. 75-96

ROSSET, C. Lógica do pior. Traduzido do francês por Fernando J. Fagundes Ribeiro e Ivana Bentes. Rio de Janeiro. Espaço e Tempo, 1989.

ROSSI, A; PASSOS, E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. In. Revista EPOS; Rio de Janeiro – RJ, Vol.5, nº 1, jan-jun de 2014; ISSN 2178-700X; pág. 156-181.

SAN JOSÉ (Costa Rica). Tratado Internacional. Convenção Americana de Direitos Humanos.1969. p. 3. In: Conferência Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), 22 nov. 1969, São José, Costa Rica.

SILVA, H. C. PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator / Haroldo Caetano da Silva (Coord.) 3. ed. Goiânia. MP/GO, 2013.

SILVA, M. B. B.; DELDUQUE, M. C. Relatório do Projeto de Pesquisa “Do Plano à Política: garantindo o direito à saúde para todas as pessoas do sistema prisional” Etapa 1: 01.01.2012a 31.03.2012. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/pdf/martinho_relatorio_saudeprisional.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2015.

SIMONDON, G. A individuação psíquica e coletiva. À luz das noções de Forma, Informação, Potencial e Metaestabilidade. Tradução livre de Luis Eduardo Aragon. Éditions Aubier, 1989.

SOUZA T. O fora do Estado: considerações sobre movimentos sociais e saúde pública. In: Carvalho S, Barros M, Ferigato S, organizadores. Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2009. p. 42-52.

SPINOZA, B. Ética. - Belo Horizonte-MG: Autêntica. Editora, 2013.

SPINOZA, B. Obra completa I. (Breve) tratado e outros escritos. Tradução: J. Guinsburg, Newton Cunha e Roberto Romano (ORG.). Perspectiva. São Paulo. 2014

TEDESCO, S. H.; SOUZA, T. P. Territórios da Clínica: redução de danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas In: CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S.; BARROS, M. E. Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade. São Paulo: Hucitec, 2009.

TEIXEIRA, G. M. Editorial tuberculose: mobilização social, política e técnica e os programas de controle. Boletim de Pneumologia Sanitária, [S.l.], v. 9, n. 1, jan./jun. 2001, p. 2. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/bps_vol09nr1.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2015.

TEIXEIRA, R.R. As dimensões da produção do comum e a saúde. Saúde Soc. São Paulo, v.24, supl.1, p.27-43, 2015.

Apêndice Linha Cronológica.

Marcos normativos institucionais relativos à saúde prisional.
--

ANO	LEGISLAÇÕES/ACORDOS INTERNACIONAIS	DESCRIÇÃO
1948	Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH)	<p>Adotada e proclamada pela Resolução nº 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Assinada pelo Brasil na mesma data trata do tema do direito à saúde em seu art. XXV, afirmando que: “Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si 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”.</p> <p>Disponível em: http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Declaração-Universal-dos-Direitos-Humanos/declaracao-universal-dos-direitos-humanos.html - Acesso em: 20 dez. 2013.</p>
1955	Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos – 1955	<p>As regras mínimas para o tratamento dos reclusos Adotadas pelo Primeiro Congresso das Nações Unidas sobre a Prevenção do Crime e o Tratamento dos Delinquentes, realizado em Genebra em 1955, e aprovadas pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas através das suas resoluções 663 C (XXIV), de 31 de Julho de 1957 e 2076 (LXII), de 13 de Maio de 1977. Resolução 663 C (XXIV) do Conselho Econômico e Social</p> <p>Disponível em: http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direitos-Humanos-na-Administra%C3%A7%C3%A3o-da-Justi%C3%A7a.-Prote%C3%A7%C3%A3o-dos-Prisioneiros-e-Detidos.-Prote%C3%A7%C3%A3o-contra-a-</p>

		Tortura-Maus-tratos-e-Desaparecimento/regras-minimas-para-o-tratamento-dos-reclusos.html - Acesso em: 20 dez. 2013.
1966	Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos	<p>O Brasil em 06 de julho de 1992 ratifica o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos por meio do Decreto nº 592, que em seu artigo 10, item 1, garante a toda pessoa privada de sua liberdade um tratamento com humanidade e respeito à dignidade inerente a toda pessoa humana.</p> <p>Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0592.htm - Acessado em 20 dez 2013.</p>
1969	Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica).	<p>O Brasil em 6 de novembro de 1992 ratifica a Convenção Americana sobre Direitos Humanos por meio do decreto nº 678.</p> <p>Com a adesão à Convenção Americana sobre Direitos Humanos o Brasil concordou com o art. 5º que trata do direito à integridade pessoal e estabelece nos itens:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toda pessoa tem direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral. 2. Ninguém deve ser submetido a torturas, nem a penas ou tratos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda pessoa privada de liberdade deve ser tratada com o devido respeito à dignidade inerente ao ser humano. <p>Disponível em: http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/sanjose.htm - acessado em 20 dez 2013.</p>
1993	DECLARAÇÃO E PROGRAMA DE AÇÃO DE VIENA	<p>A Declaração e Programa de Ação de Viena é o documento produzido na Conferência Mundial sobre os Direitos Humanos, realizada na capital austríaca em 1993. Esse documento “reafirma o empenho solene de todos os Estados em cumprirem as suas obrigações no tocante à promoção do respeito universal, da observância e da proteção de todos os Direitos Humanos e liberdades fundamentais para todos, em conformidade com a Carta</p>

		<p>das Nações Unidas, com outros instrumentos relacionados com os Direitos Humanos e com o Direito Internacional. A natureza universal destes direitos e liberdades são inquestionável”.</p> <p>Disponível em: http://www.oas.org/dil/port/1993%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20e%20Programa%20de%20Ac%C3%A7%C3%A3o%20adoptado%20pela%20Confer%C3%Aancia%20Mundial%20de%20Viena%20sobre%20Direitos%20Humanos%20em%20junho%20de%201993.pdf - acessado em 20 dez 2013.</p>
1988	<p>Protocolo Adicional à Convenção Americana em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Protocolo de São Salvador)</p>	<p>O Brasil em 30 de dezembro de 1999, via Decreto nº 3321 ratifica o Protocolo Adicional à Convenção Americana em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Ao aderir ao protocolo o Brasil concordou com:</p> <p>Artigo 10 (Direito à saúde)</p> <p>1. Toda pessoa tem direito à saúde, entendida como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social.</p> <p>2. A fim de tornar efetivo o direito à saúde, os Estados Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público e, especialmente, a adotar as seguintes medidas para garantir este direito:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Atendimento primário de saúde, entendendo-se como tal a assistência médica essencial colocada ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade; b. Extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado; c. Total imunização contra as principais doenças infecciosas; d. Prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza; e. Educação da população sobre prevenção e tratamento

		<p>dos problemas da saúde;</p> <p>f. Satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco e que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis.</p> <p>Artigo 11 (Direito a um meio ambiente sadio)</p> <p>1. Toda pessoa tem direito a viver em meio ambiente sadio e a contar com os serviços públicos básicos.</p> <p>2. Os Estados Partes promoverão a proteção, preservação e melhoramento do meio ambiente.</p> <p>Artigo 12 (Direito à alimentação)</p> <p>1. Toda pessoa tem direito a uma nutrição adequada que assegure a possibilidade de gozar do mais alto nível de desenvolvimento físico, emocional e intelectual.</p> <p>Disponível em: http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/e.Protocolo_de_San_Salvador.htm - acessado em 20 dez 2013.</p>
2000	Declaração de Amsterdã para deter a Tuberculose	<p>O Brasil participou da conferência, realizada em Amsterdã que reuniu os 20 países que abrigam 80% da carga mundial de tuberculose e aprovou a “Declaração de Amsterdã para deter a Tuberculose”. Neste documento os participantes:</p> <p>a) observaram que a tuberculose continua sendo uma alarmante causa de sofrimento e morte, de agressão a homens e mulheres em seus anos mais produtivos, de envolvimento dos mais pobres e marginalizados e, em sua associação com a aids, de bloqueio do desenvolvimento das comunidades;</p> <p>b) reconheceram que a tuberculose constitui um problema</p>

		<p>sócio econômico que não se resolve só com a ação do setor saúde;</p> <p>c) afirmaram que o tratamento da tuberculose é parte integrante da atenção primária de saúde e a estratégia DOTS da OMS é o instrumento necessário para enfrentar a doença e prevenir o aparecimento da resistência aos medicamentos;</p> <p>d) comprometeram-se a acelerar o combate à tuberculose mediante a ampliação da cobertura, a disponibilidade de recursos humanos e financeiros, a garantia da oferta dos medicamentos, o envolvimento de todos os segmentos da sociedade e a elaboração e execução de um acordo mundial para deter a doença.</p> <p>Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/bps_vol09nr1.pdf - acessado em 20 dez 2013.</p>
2001	<p>Declaração de compromisso sobre HIV/AIDS das Nações Unidas: “Uma ação mundial para superar uma crise global”</p>	<p>O Brasil como membro das Nações Unidas se comprometeu a combater a epidemia de HIV/AIDS. Ao aderir à declaração assumiu que em nível nacional:</p> <p>Para 2003, estabelecer e implementar estratégias e planos de financiamento nacionais e multi-setoriais, para o combate ao HIV/AIDS, que se refiram a epidemia em termos diretos; se oponham ao estigma, ao silêncio e a não-aceitação da realidade; levem em conta as dimensões de gênero e idade da epidemia; eliminem a discriminação e a marginalização; tenham parcerias com a sociedade civil e o setor empresarial e a plena participação das pessoas que vivem com HIV/AIDS, grupos vulneráveis e pessoas em maior situação de exposição, especialmente as mulheres e jovens; que sejam financiadas, na medida do possível, as custas dos orçamentos nacionais, sem exclusão de outras fontes, entre elas a cooperação internacional; promovam e protejam plenamente os direitos humanos e as liberdades fundamentais de todos, incluindo o direito ao mais alto padrão de saúde física e mental; incorporem uma perspectiva de gênero; tenham em conta o risco, a vulnerabilidade, a prevenção, a assistência, o tratamento e o apoio, assim como a redução dos efeitos da epidemia e aumentem a capacidade do sistema de saúde, educacional</p>

		<p>e legal;</p> <p>Disponível em: http://www.portalsida.org/repos/012.pdf - acessado em 20 dez 2013.</p>
ANO	LEGISLAÇÕES/ACORDOS NACIONAIS	DESCRIÇÃO
1946	DECRETO-LEI Nº 9.387	<p>O Brasil Instituiu a campanha nacional contra a tuberculose e dá outras providências no século passado. Entretanto, ainda hoje, a tuberculose continua sendo causa de sofrimento e morte no país.</p>
1984	LEI FEDERAL Nº 7.210/84 - LEI DE EXECUÇÃO PENAL (LEP)	<p>O tema da assistência à saúde destinada as pessoas privadas de liberdade consta na LEP.</p> <p>No art. 41, VII a assistência à saúde constitui expressamente direito do preso.</p> <p>Nos termos do art. 14 e seu § 2º: A assistência à saúde do preso e do internado, de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico. §2. Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.</p> <p>Além disso, conforme o art. 43 “é garantida a liberdade de contratar médico de confiança pessoal do internado ou do submetido a tratamento ambulatorial, por seus familiares ou dependentes, a fim de orientar e acompanhar o tratamento”.</p> <p>O art. 117, II, da LEP fundamenta o pedido de modificação do regime de cumprimento da pena. Na forma da lei: somente se admitirá o recolhimento do beneficiário de regime aberto em residência particular quando se tratar de:</p> <p>II- condenado acometido de doença grave;</p> <p>Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm -</p>

		acessado em 20 dez 2013.
1988	CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA de 1988	<p>O Brasil em 5 de outubro de 1988 põe fim ao período de ditadura com a promulgação da constituição Federal que dispõe:</p> <p>Título 2: Dos Direitos e Garantias Fundamentais; Capítulo 1 - Dos Direitos e Deveres individuais e Coletivos</p> <p>Art 5º “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”.</p> <p>No que diz respeito à saúde, reconhece esta como direito fundamental social de todos os brasileiros e dever do Estado. Esse direito se estende as pessoas privadas de liberdade conforme o inciso XLIX do art. 5º, que assegura aos presos o respeito à integridade física e moral.</p> <p>A constituição regulamenta o direito à saúde da seguinte maneira:</p> <p>Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.</p> <p>Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.</p> <p>Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um</p>

		<p>sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:</p> <p>I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;</p> <p>II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;</p> <p>III - participação da comunidade.</p> <p>Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_04.02.2010/CON1988.pdf - acessado em 20 dez 2013.</p>
1990	LEI ORGÂNICA DA SAÚDE (LOS), LEI N.º 8.080/1990	<p>Esta Lei operacionaliza o atendimento de saúde no Brasil e “dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências”.</p> <p>Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saud_e_sistema_penitenciario.pdf - acessado em 20 dez 2013.</p>
1990	LEI NO 8.142, 28 DE DEZEMBRO DE 1990.	<p>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.</p> <p>Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:</p>

		<p>I - a Conferência de Saúde; e</p> <p>II - o Conselho de Saúde.</p> <p>Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:</p> <p>I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;</p> <p>II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;</p> <p>III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;</p> <p>IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.</p> <p>Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.</p> <p>Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saud_e_sistema_penitenciario.pdf - acessado em 20 dez 2013.</p>
1996	DECRETO Nº 1.904, DE 13 DE MAIO DE 1996.	<p>Institui o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH.</p> <p>Art. 1º Fica instituído o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH, contendo diagnóstico da situação desses direitos no País e medidas para a sua defesa e promoção, na forma do Anexo deste Decreto.</p> <p>http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D1904impresa</p>

		o.htm
2001	Lei 10.216/01 (reforma psiquiátrica)	<p>Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A Lei reconhece o portador de transtorno mental como sujeito de direito inclusive aqueles internados compulsoriamente.</p> <p>Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.</p> <p>Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.</p> <p>Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.</p> <p>Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.</p> <p>Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm - acessado em 20 dez 2013.</p>
2002	DECRETO Nº 4.229,	Dispõe sobre o Programa Nacional de Direitos Humanos -

	DE 13 DE MAIO DE 2002.	<p>PNDH, instituído pelo Decreto no 1.904, de 13 de maio de 1996, e dá outras providências.</p> <p>Art. 1o O Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH, instituído pelo Decreto no 1.904, de 13 de maio de 1996, contém propostas de ações governamentais para a defesa e promoção dos direitos humanos, na forma do Anexo I deste Decreto.</p> <p>http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4229imp.ressao.htm</p>
2003	Lei nº 10.792, de 01 de dezembro de 2003	<p>Dá nova redação ao art. 1 da Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal, para desobrigar médicos, psicólogos e assistentes sociais da realização do exame criminológico.</p> <p>http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saud_e_sistema_penitenciario.pdf</p>
2004	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	<p>Princípios norteadores da Política de Humanização.</p> <p>http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf</p>
2004	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE (PNCT)	<p>O Brasil em 2004 aprovou o PNCT que tem com uma de suas ações Implantar a investigação estratégica de busca ativa de TB na demanda de hospitais de urgência e emergência nos grandes centros urbanos, em grupos de maior riscos, tais como indígenas, albergados, alcoólatras, população prisional, moradores de rua e de áreas de risco da adscrição territorial das unidades de saúde e em todo os contatos de pacientes bacilíferos.</p> <p>Disponível em:</p> <p>http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.pdf - acessado em 20 dez 2013.</p>
2004	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Plano de Ação 2004 –	<p>Objetivo: Promover atenção à saúde das mulheres em situação de prisão.</p> <p>Meta: Ter 100% dos estados habilitados para a atenção</p>

	2007)	<p>integral à saúde das presidiárias.</p> <p>Estratégia: Ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde das presidiárias.</p> <p>Ações: Contribuir com a Assessoria de Políticas pela Saúde do Sistema Penitenciário na construção de proposta para capacitação de profissionais de saúde na atenção à saúde das presidiárias, incluindo a prevenção e o controle das DST e da infecção pelo HIV. Participar da definição de indicadores para acompanhamento e redefinição da atenção à saúde das presidiárias.</p> <p>Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf - acessado em 20 dez 2013.</p>
2008	<p>POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM</p> <p>(Princípios e Diretrizes)</p>	<p>5.2.1. População privada de liberdade</p> <p>Como conseqüência da maior vulnerabilidade de homens à autoria da violência, a grande maior parte da população carcerária no Brasil é formada por homens. Embora não existam informações sistematizadas sobre a morbimortalidade nos ambientes prisionais, a atenção para doenças e agravos nesse contexto deve primar pelo fomento a estudos que venham a evidenciar as condições de saúde da população privada de liberdade, seja nos presídios, seja nas instituições de cumprimento de medidas sócio-educativas para menores infratores em situação de semi-liberdade ou de internação.</p> <p>Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf - acessado em 20 dez 2013.</p>
2009	<p>DECRETO Nº 7.037, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2009.</p>	<p>Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH-3 e dá outras providências.</p> <p>Art. 1o Fica aprovado o Programa Nacional de Direitos</p>

		<p>Humanos - PNDH-3, em consonância com as diretrizes, objetivos estratégicos e ações programáticas estabelecidos, na forma do Anexo deste Decreto.</p> <p>Art. 2o O PNDH-3 será implementado de acordo com os seguintes eixos orientadores e suas respectivas diretrizes:</p> <p>I - Eixo Orientador I: Interação democrática entre Estado e sociedade civil:</p> <p>b) Diretriz 2: Fortalecimento dos Direitos Humanos como instrumento transversal das políticas públicas e de interação democrática;</p> <p>III - Eixo Orientador III: Universalizar direitos em um contexto de desigualdades:</p> <p>a) Diretriz 7: Garantia dos Direitos Humanos de forma universal, indivisível e interdependente, assegurando a cidadania plena;</p> <p>Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7037.htm#art7 - acessado em 20 dez 2013.</p>
2009	Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009	<p>Dá nova redação aos arts. 14, 83 e 89 da Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência.</p> <p>Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saud_e_sistema_penitenciario.pdf - acessado em 20 dez 2013.</p>
2010	Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH-3 Decreto nº 7.037,	<p>Diretriz 16:</p> <p>Modernização da política de execução penal, priorizando a aplicação de penas e medidas alternativas à privação de liberdade e melhoria do sistema penitenciário.</p>

	<p>de 21 de Dezembro de 2009</p> <p>Atualizado pelo Decreto nº 7.177, de 12 de maio de 2010</p>	<p>Objetivo estratégico I:</p> <p>Reestruturação do sistema penitenciário.</p> <p>Ações programáticas:</p> <p>a) Elaborar projeto de reforma da Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210/1984), com o propósito de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adotar mecanismos tecnológicos para coibir a entrada de substâncias e materiais proibidos, eliminando a prática de revista íntima nos familiares de presos; • Aplicar a LEP também a presas e presos provisórios e aos sentenciados pela Justiça Especial; • Vedar a divulgação pública de informações sobre perfil psicológico do preso e eventuais diagnósticos psiquiátricos feitos nos estabelecimentos prisionais; • Instituir a obrigatoriedade da oferta de ensino pelos estabelecimentos penais e a remição de pena por estudo; • Estabelecer que a perda de direitos ou a redução de acesso a qualquer direito ocorrerá apenas como consequência de faltas de natureza grave; • Estabelecer critérios objetivos para isolamento de presos e presas no regime disciplinar diferenciado; • Configurar nulidade absoluta dos procedimentos disciplinares quando não houver intimação do defensor do preso; • Estabelecer o regime de condenação como limite para casos de regressão de regime; • Assegurar e regulamentar as visitas íntimas para a população carcerária LGBT. <p>Responsável: Ministério da Justiça</p>
--	---	---

	<p>Recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none">• Recomenda-se ao Poder Judiciário que firme convênios para criação de Conselhos da Comunidade, previstos na LEP, com recursos humanos e materiais suficientes, bem como para capacitação dos conselheiros.• Recomenda-se aos estados e ao Distrito Federal que assegurem o direito de visitas íntimas e regulares dos apenados, bem como espaço apropriado nos estabelecimentos prisionais que levem em conta as diferentes orientações sexuais. <p>b) Elaborar decretos extraordinários de indulto a condenados por crimes sem violência real, que reduzam substancialmente a população carcerária brasileira.</p> <p>Responsáveis: Ministério da Justiça</p> <p>c) Fomentar a realização de revisões periódicas processuais dos processos de execução penal da população carcerária.</p> <p>Responsáveis: Ministério da Justiça</p> <p>Recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none">• Recomenda-se ao Poder Judiciário e às Defensorias Públicas a realização de mutirões periódicos para análise dos benefícios na execução penal da população encarcerada.• Recomenda-se à Defensoria Pública assegurar a presença de defensores públicos nos estabelecimentos prisionais. <p>d) Vincular o repasse de recursos federais para construção de estabelecimentos prisionais nos estados e no Distrito Federal ao atendimento das diretrizes arquitetônicas que contemplem a existência de alas específicas para presas grávidas e requisitos de acessibilidade.</p>
--	---

		<p>Responsáveis: Ministério da Justiça; Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República.</p> <p>Recomendação: Recomenda-se aos estados e ao Distrito Federal que garantam a acessibilidade para presos com deficiência nos estabelecimentos prisionais ou que cumpram penas alternativas.</p> <p>e) Aplicar a Política Nacional de Saúde Mental e a Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas no sistema penitenciário.</p> <p>Responsáveis: Ministério da Justiça; Ministério da Saúde</p> <p>Recomendação: Recomenda-se aos estados e ao Distrito Federal a efetiva implantação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, com a implantação de equipes de atenção básica nos estabelecimentos penais.</p> <p>f) Aplicar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no contexto prisional, regulamentando a assistência pré-natal, a existência de celas específicas e período de permanência com seus filhos para aleitamento.</p> <p>Responsáveis: Ministério da Justiça; Ministério da Saúde; Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República.</p> <p>Recomendação: Recomenda-se aos estados e ao Distrito Federal a criação de programas voltados à atenção à saúde das mulheres grávidas encarceradas, garantindo a assistência pré-natal, bem como a criação de alas específicas nos estabelecimentos prisionais.</p> <p>g) Implantar e implementar as ações de atenção integral</p>
--	--	--

		<p>aos presos previstas no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.</p> <p>Responsáveis: Ministério da Justiça; Ministério da Saúde</p> <p>h) Promover estudo sobre a viabilidade de criação, em âmbito federal, da carreira de oficial de condicional, trabalho externo e penas alternativas, para acompanhar os condenados em liberdade condicional, os presos em trabalho externo, em qualquer regime de execução, e os condenados a penas alternativas à prisão.</p> <p>Responsável: Ministério da Justiça; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.</p> <p>Recomendação: Recomenda-se aos estados e ao Distrito Federal que estudem a viabilidade de criação da carreira de oficial de condicional, trabalho externo e penas alternativas.</p> <p>i) Avançar na implementação do Sistema de Informações Penitenciárias (InfoPen), financiando a inclusão dos estabelecimentos prisionais dos estados e do Distrito Federal e condicionando os repasses de recursos federais à sua efetiva integração ao sistema.</p> <p>Responsável: Ministério da Justiça</p> <p>Recomendação: Recomenda-se ao Poder Judiciário a adoção de medidas tecnológicas que possibilitem a integração de seus dados no InfoPen.</p> <p>j) Ampliar campanhas de sensibilização para inclusão social de egressos do sistema prisional.</p> <p>Responsável: Ministério da Justiça</p>
--	--	--

	<p>k) Estabelecer diretrizes na política penitenciária nacional que fortaleçam o processo de reintegração social dos presos, internados e egressos, com sua efetiva inclusão nas políticas públicas sociais.</p> <p>Responsáveis: Ministério da Justiça; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ministério da Saúde; Ministério da Educação; Ministério do Esporte.</p> <p>Parceiro: Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República</p> <p>Recomendação: Recomenda-se aos estados e ao Distrito Federal a criação de programas específicos para reinserção social dos egressos do sistema prisional e a aplicação de políticas públicas sociais já existentes.</p> <p>l) Debater, por meio de grupo de trabalho interministerial, ações e estratégias que visem assegurar o encaminhamento para o presídio feminino de mulheres transexuais e travestis que estejam em regime de reclusão.</p> <p>Responsáveis: Ministério da Justiça; Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República; Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República.</p> <p>Recomendação: Recomenda-se a elaboração de políticas de respeito às mulheres transexuais e travestis nos presídios estaduais.</p> <p>Objetivo estratégico II:</p> <p>Limitação do uso dos institutos de prisão cautelar.</p> <p>Ações programáticas:</p> <p>a) Propor projeto de lei para alterar o Código de Processo</p>
--	---

	<p>Penal, com o objetivo de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Estabelecer requisitos objetivos para decretação de prisões preventivas que consagrem sua excepcionalidade;• Vedar a decretação de prisão preventiva em casos que envolvam crimes com pena máxima inferior a 4 (quatro) anos, excetuando crimes graves como formação de quadrilha e peculato;• Estabelecer o prazo máximo de 81 dias para prisão provisória. <p>Responsável: Ministério da Justiça.</p> <p>Recomendação: Recomenda-se aos estados e ao Distrito Federal eliminar carceragens em Delegacias de Polícia e outras unidades policiais.</p> <p>b) Alterar a legislação sobre abuso de autoridade, tipificando de modo específico as condutas puníveis.</p> <p>Responsáveis: Ministério da Justiça; Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República.</p> <p>Objetivo estratégico III:</p> <p>Tratamento adequado de pessoas com transtornos mentais.</p> <p>Ações programáticas:</p> <p>a) Estabelecer diretrizes que garantam tratamento adequado às pessoas com transtornos mentais em consonância com o princípio de desinstitucionalização.</p> <p>Responsáveis: Ministério da Justiça; Ministério da Saúde.</p>
--	---

		<p>Recomendação: Recomenda-se aos estados, Distrito Federal e municípios mobilizar os serviços da rede de atenção à saúde mental para oferta do tratamento especializado dos portadores de transtornos mentais, após o cumprimento das medidas de segurança, com o devido encaminhamento aos serviços substitutivos à internação.</p> <p>b) Propor projeto de lei para alterar o Código Penal prevendo que o período de cumprimento de medidas de segurança não deve ultrapassar o da pena prevista para o crime praticado, e estabelecendo a continuidade do tratamento fora do sistema penitenciário quando necessário.</p> <p>Responsáveis: Ministério da Justiça; Ministério da Saúde.</p> <p>Recomendação: Recomenda-se ao Poder Judiciário a realização de mutirões periódicos para revisão dos processos que envolvam aplicação de medidas de segurança, analisando a necessidade de sua manutenção.</p> <p>c) Estabelecer mecanismos para a reintegração social dos internados em medida de segurança quando da extinção desta, mediante aplicação dos benefícios sociais correspondentes.</p> <p>Responsáveis: Ministério da Justiça; Ministério da Saúde; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.</p> <p>Objetivo estratégico IV:</p> <p>Ampliação da aplicação de penas e medidas alternativas.</p> <p>Ações programáticas:</p>
--	--	---

		<p>a) Desenvolver instrumentos de gestão que assegurem a sustentabilidade das políticas públicas de aplicação de penas e medidas alternativas.</p> <p>Responsáveis: Ministério da Justiça.</p> <p>Recomendação: Recomenda-se ao Poder Judiciário, estados, Distrito Federal e municípios a manutenção de equipes técnicas multidisciplinares nas estruturas de aplicação e execução de penas e medidas alternativas.</p> <p>b) Incentivar a criação de varas especializadas e de centrais de monitoramento do cumprimento de penas e medidas alternativas.</p> <p>Responsável: Ministério da Justiça</p> <p>c) Desenvolver modelos de penas e medidas alternativas que associem seu cumprimento ao ilícito praticado, com projetos temáticos que estimulem a capacitação do cumpridor, bem como penas de restrição de direitos com controle de frequência.</p> <p>Responsável: Ministério da Justiça</p> <p>d) Desenvolver programas-piloto com foco na educação, para aplicação da pena de limitação de final de semana.</p> <p>Responsáveis: Ministério da Justiça; Ministério da Educação</p> <p>http://portal.mj.gov.br/sedh/pndh3/pndh3.pdf</p>
2011	Política Nacional de Atenção Integral à	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher identifica a necessidade de acesso dessa população às

	Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes	ações de atenção à saúde, tanto com a implantação de ações no nível da atenção básica dentro dos presídios, como pelas referências para média e alta complexidade, com garantia do atendimento das demandas específicas das mulheres presidiárias por meio de uma atenção diferenciada dentro do conjunto de ações do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf - acessado em 20 dez 2013.
2012	POLÍTICA BRASILEIRA DE ENFRENTAMENTO DA AIDS RESULTADOS, AVANÇOS E PERSPECTIVAS	O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais vem desenvolvendo ações preventivas de DST/AIDS junto a ATSSP no sistema penitenciário nacional. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_brasileira_a_enfrentamento_aids_2012.pdf - acessado em 20 dez 2013.
2012	6ª reunião ordinária de 2012 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)	Aprova o PNSSP
2013	7ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 26 de setembro de 2013	Aprova a PNAISP
2013	Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS)	O PNPS prevê ações específicas de prevenção do suicídio no contexto prisional como: a) Informação e sensibilização dos responsáveis e das equipes prisionais sobre o estigma em doença mental, ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas em contexto prisional; b) Assegurar o acesso aos serviços de saúde através de

		<p>uma unidade de cuidados primários de referência em articulação com a respetiva equipa de saúde mental;</p> <p>c) Programas de acompanhamento especiais para subpopulações prisionais, nomeadamente toxicodependentes e/ou indivíduos com outras perturbações mentais;</p> <p>d) Melhorar a rede de informação e registo de comportamentos autolesivos e atos suicidas.</p> <p>Disponível em:</p> <p>http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf - acessado em 20 dez 2013.</p>
2014	PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 210, DE 16 DE JANEIRO DE 2014	<p>Art. 1º - Fica instituída a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional - PNAME, com o objetivo de reformular as práticas do sistema prisional brasileiro, contribuindo para a garantia dos direitos das mulheres, nacionais e estrangeiras, previstos nos arts. 10, 14, § 3º, 19, parágrafo único, 77, § 2º, 82, § 1º, 83, § § 2º e 3º, e 89 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984.</p> <p>Disponível em:</p> <p>http://www.lex.com.br/legis_25232895_PORTARIA_INTERMINISTERIAL_N_210_DE_16_DE_JANEIRO_DE_2014.aspx - acessado em 20 jan 2014.</p>
ANO	LEGISLAÇÕES /PUBLICAÇÕES	DESCRIÇÃO
	relativos à ATSSP	
1995	Portaria MS/GM nº 485, de 29 de março de 1995.	Constitui comitês de assessoramento para as respectivas áreas de prostituição, homossexualidade e sistema penitenciário da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids do Ministério da Saúde.

		<p>III – Comitê de Assessoramento na área de Sistema Penitenciário:</p> <p>Áurea Celeste da Silva Abbade Grupo de Apoio e Prevenção à Aids/SP</p> <p>Eugênia Maria Martinho Midlej (DESIPE) Departamento de Saúde do Sistema Penitenciário Secretaria de Justiça/RJ</p> <p>José Gustavo Breda Departamento de Saúde do Sistema Penitenciário Secretaria de Administração Penitenciária/SP</p> <p>José Leão Saffer Coordenação de Saúde – SUSEP/UAES Secretaria de Justiça/RS</p> <p>Maria José Maciel Nascimento Departamento de Assuntos Penitenciários (DEPEN) Ministério da Justiça/DF</p> <p>Sylvio de Oliveira NOSS – Núcleo de Orientação em saúde Social/RJ</p> <p>Disponível em: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf - acessado em</p>
--	--	--

		20 dez 2013.
2001	Portaria Interministerial nº 2.035, de 8 de novembro de 2001. (Ministérios de Estado da Saúde e da Justiça)	<p>Os Ministros de Estado Interinos da Saúde e da Justiça, no uso de suas atribuições, considerando as condições desfavoráveis de habitabilidade e salubridade da maioria das unidades prisionais do País, bem como as elevadas taxas de prevalência de infecção pelo HIV, aids, tuberculose, hepatites e outras doenças sexualmente transmissíveis e infectocontagiosas no âmbito do Sistema Penitenciário Nacional, resolvem:</p> <p>Art. 1º Instituir Comissão Interministerial com a atribuição de definir estratégias e alternativas de promoção e assistência à saúde no âmbito do Sistema Penitenciário Nacional, integrada pelos titulares dos seguintes órgãos e entidades:</p> <p>I. do Ministério da Saúde</p> <p>a) Secretário de Políticas de Saúde b) Secretário de Assistência à Saúde c) Diretor-Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária</p> <p>II. do Ministério da Justiça</p> <p>a) Secretário Nacional de Justiça b) Secretário Nacional de Direitos Humanos</p> <p>Art. 2º A Comissão Interministerial será coordenada pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.</p> <p>Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis./qm/2001/pri2035_08_11_2001.html - acessado em 20 dez 2013.</p>

2002	<p>PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 628 DE ABRIL DE 2002</p>	<p>Art. 1º Aprovar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do ANEXO I desta Portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas.</p> <p>§ 1º. As ações e serviços decorrentes desse Plano terão por finalidade promover a saúde dessa população e contribuir para o controle e ou redução dos agravos mais freqüentes que a acometem.</p> <p>§ 2º Estabelecer como prioridades para o alcance dessa finalidade:</p> <p>I. a reforma e a equipagem das unidades prisionais visando a estruturação de serviços ambulatoriais que atendam às necessidades de atenção no nível básico, componentes da assistência de média complexidade e componentes das urgências e emergências em saúde, em consonância com as especificidades do Sistema Penitenciário Nacional.</p> <p>II. a organização do sistema de informação de saúde da população penitenciária;</p> <p>III. a implantação de ações de promoção da saúde, em especial no âmbito da alimentação, atividades físicas, condições salubres de confinamento e acesso a atividades laborais;</p> <p>IV. a implementação de medidas de proteção específica, como a vacinação contra hepatites, influenza, tétano;</p> <p>V. a implantação de ações de prevenção para a tuberculose, hanseníase, hepatites e doenças sexualmente transmissíveis e aids, bem como aquelas relativas à distribuição de preservativos e à redução de danos para usuários de drogas injetáveis para os presos;</p> <p>VI. a garantia do acesso da população penitenciária aos demais níveis de atenção à saúde, seja em unidades próprias, seja em unidades vinculadas ao SUS.</p> <p>Disponível em:</p> <p>http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/penitenciario/portaria_interministerial_628_02.pdf - acessado em 20 dez 2013.</p>
2002	Portaria MS nº 863 de	Aprova o Termo de Compromisso a ser firmado entre o

	07/05/2002	<p>Ministério da Saúde com vistas ao co-financiamento das ações de saúde no Sistema Penitenciário.</p> <p>O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando que:</p> <p>a Portaria Interministerial nº 628, de 2 de abril de 2002, aprovou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e definiu que a atenção integral às pessoas presas será co-financiada pelos setores de saúde e de justiça dos níveis federal e estadual;</p> <p>a Portaria Interministerial, no art. 5º e seus parágrafos, cria o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e define as formas de transferência e de repasse dos recursos correspondentes;</p> <p>o financiamento desse Incentivo é da responsabilidade dos Ministérios da Saúde e da Justiça;</p> <p>as Secretarias de Estado da Saúde e de Justiça deverão definir as suas contrapartidas para o desenvolvimento das ações relativas à implantação e implementação do mencionado Plano Nacional, resolve:</p> <p>Art. 1º Aprovar, na forma do ANEXO I desta Portaria, o Termo de Compromisso a ser firmado entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde com vistas ao co-financiamento das ações de saúde no Sistema Penitenciário sob gestão estadual.</p> <p>Disponível em: http://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-863-2002_182582.html - acessado em 20 dez 2013.</p>
2002	Portaria SPS nº 17	<p>Institui Grupo de Acompanhamento da implementação da atenção básica de saúde constante do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.</p>

		<p>Art. 1º Instituir Grupo de Acompanhamento da implementação da atenção básica de saúde constante do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.</p> <p>Parágrafo único. Caberá a esse Grupo definir estratégias de acompanhamento e de avaliação das ações desenvolvidas, bem como estabelecer instrumentos operacionais para a adequada atenção básica de saúde nas unidades prisionais, conforme determina a Portaria Interministerial 628/2002.</p> <p>Art. 2º Definir que o Grupo de Acompanhamento ora instituído será integrado por técnicos das seguintes áreas da SPS e coordenado pela primeira:</p> <p>I - planejamento, avaliação e informação de ações estratégicas;</p> <p>II - doenças sexualmente transmissíveis e aids;</p> <p>III - tuberculose;</p> <p>IV - hanseníase;</p> <p>V - assistência farmacêutica básica;</p> <p>VI - saúde da família;</p> <p>VII - saúde da mulher.</p> <p>Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=184504 -</p>
--	--	---

		acessado em 20 dez 2013.
2003	Portaria Interministerial MS/MJ no 1.777, de 9 de setembro de 2003.	<p>O Ministro de Estado da Saúde e o Ministro de Estado da Justiça, no uso de suas atribuições, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A importância da definição e implementação de ações e serviços, consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS –, que viabilizem uma atenção integral à saúde da população compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional, estimada em mais de 200 mil pessoas, distribuída em todas as unidades federadas; - A estimativa de que, em decorrência de fatores de risco a que está exposta grande parte dessa população, ocorra um número significativo de casos de DST/Aids, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus; - A necessidade de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças nos presídios; - A importância da realização de estudos de abrangência nacional que revelem o perfil epidemiológico da população presidiária brasileira; - A heterogeneidade, entre as unidades federadas, da assistência à saúde prestada às pessoas presas, e - As recomendações da Comissão Interministerial, criada pela Portaria Interministerial MS/MJ nº 2035, de 8 de novembro de 2001, com a atribuição <p>de formular propostas destinadas a viabilizar a atenção integral à saúde dessa população, RESOLVEM:</p> <p>Art. 1º Aprovar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do ANEXO I desta Portaria,</p>

		<p>destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas.</p> <p>Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_e_sistema_penitenciario.pdf - acessado em 20 dez 2013.</p>
2003	PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1778, DE 09 DE SETEMBRO DE 2003	<p>Art. 1º Repassar recursos financeiros às Unidades Federadas, constantes do Anexo desta Portaria, que deram início ao processo de implantação de ações e serviços de saúde em unidades prisionais, conforme pactuado em reunião da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, em 14 de agosto de 2003.</p> <p>Disponível em: http://portal.mj.gov.br/main.asp?ViewID=%7B65C44FD0%2DB0F8%2D40E5%2DB94A%2DED26E4AFC1B5%7D&params=itemID=%7B0CEFDE36%2D38C0%2D4E08%2D8576%2DFFE5D0FD7C43%7D;&UIPartUID=%7B183ACEAD%2DEEF8%2D4BD1%2D9B10%2DC12459181A73%7D - acessado em 20 dez 2013.</p>
2004	Portaria MS/GM no 1.552, de 28 de junho de 2004.	<p>Publica os valores do custeio do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, e dá outras providências.</p> <p>Art 1º Publicar os valores do custeio do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constantes do anexo desta Portaria.</p> <p>Parágrafo único. Os valores de custeio serão baseados no número de pessoas compreendidas pelo Sistema Penitenciário Nacional, conforme dados do Ministério da Justiça/Departamento Penitenciário Nacional.</p> <p>Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_e_sistema_penitenciario.pdf -acessado em 20 dez 2013.</p>

2006	Portaria Interministerial MS/MJ no 3343, de 28 de dezembro de 2006	<p>Altera os valores do incentivo para atenção à saúde no sistema penitenciário.</p> <p>Art. 1º Definir que, em estabelecimentos prisionais com mais de 100 pessoas presas, as equipes de saúde implantadas, considerando uma equipe para até 500 presos e com carga horária mínima de 20 horas semanais, recebam o incentivo correspondente a R\$ 5.400,00/mês ou 64.800,00/ano por equipe de saúde.</p> <p>Art. 2º Definir que em estabelecimentos prisionais com até 100 pessoas presas, as ações e serviços de saúde poderão ser realizadas por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, os quais deverão atuar no mínimo 4 horas semanais na unidade prisional, e o valor do Incentivo será de R\$ 2.700,00/mês ou R\$ 32.400,00/ano por estabelecimento de saúde.</p> <p>Art. 3º Os valores de custeio do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário serão baseados no número de pessoas incluídas no Sistema Penitenciário Nacional, conforme dados do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça.</p> <p>Art. 4º Este Incentivo deverá financiar as ações de promoção da saúde e de atenção no nível básico relativos à saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e Aids, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, bem como à assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais.</p> <p>Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_e_sistema_penitenciario.pdf -acessado em 20 dez 2013.</p>
2006	Portaria MS/GM nº 458, de 6 de março de 2006.	Estabelece o elenco e quantitativo de medicamentos para o atendimento das equipes de saúde do sistema penitenciário brasileiro cadastradas no Cadastro Nacional de estabelecimentos de saúde (CNES) (Serviço/classificação

		<p>065), dos estados qualificados ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, para o período de abril/2006 a março/2007. (ementa elaborada pela Biblioteca/MS).</p> <p>Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_e_sistema_penitenciario.pdf -acessado em 20 dez 2013.</p>
2006	Portaria MS/SAS nº 749, de 10 de outubro de 2006.	<p>Institui a partir da Competência outubro de 2006, a ficha complementar de cadastro de equipes no sistema de cadastro nacional de estabelecimentos de Saúde - SCNES, conforme anexo 1 desta portaria.</p> <p>Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_e_sistema_penitenciario.pdf -acessado em 20 dez 2013.</p>
2007	Portaria MS/GM nº 240, de 31 de janeiro de 2007.	<p>PUBLICA OS NOVOS VALORES DE CUSTEIO DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO.</p> <p>Art 1º Publicar os novos valores de custeio do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constantes do Anexo a esta Portaria.</p> <p>Parágrafo único. Os valores de custeio serão baseados no número de pessoas incluídas no Sistema Penitenciário Nacional, conforme dados oficiais do Departamento Penitenciário Nacional -DEPEN, do Ministério da Justiça.</p> <p>Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_e_sistema_penitenciario.pdf -acessado em 20 dez 2013.</p>
2010	Consulta Prévia para revisão do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). Brasília, 28 de outubro de 2010.	<p>No mês de fevereiro de 2010 foi realizada uma Consulta Prévia, possibilitando a participação de profissionais de saúde que atuam no sistema penitenciário, gestores, órgãos de classe, sociedade civil e outros. As contribuições formaram um consolidado que subsidiou os eixos de discussão do Encontro Nacional Para Revisão do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, realizado nos</p>

		<p>dias 11 e 12 de março de 2010, em Brasília.</p> <p>Disponível em:</p> <p>http://dtr2004.saude.gov.br/consultapublica/display/dsp_print_completo.php?d=2128 - acessado em 20 dez 2013.</p>
2010	<p>LEGISLAÇÃO da</p> <p>SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO (Série E. Legislação de Saúde)</p>	<p>A Legislação da Saúde no Sistema Penitenciário é uma tentativa de socializar algumas normativas com o conjunto das parcerias envolvidas em ações voltadas às pessoas privadas de liberdade, em especial os(as) gestores(as) estaduais e municipais dos Planos Operativos de Saúde no Sistema Penitenciário (POE), responsáveis pela elaboração e implementação dos mesmos.</p> <p>Disponível em:</p> <p>http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_e_sistema_penitenciario.pdf - acessado em 20 dez 2013.</p>
2011	<p>PORTARIA N. 2.801, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2011</p>	<p>O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a Portaria no- 3.176/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008, que aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo de Relatório Anual de Gestão;</p> <p>Considerando a baixa execução dos recursos financeiros de custeio repassados aos Estados e Municípios qualificados ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constatadas por meio de visitas de monitoramento conjunto entre os Ministérios da Saúde e da Justiça, em 2009, e dos resultados das auditorias realizadas em 2009 e 2010 pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS-DENASUS;</p> <p>Considerando que o Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça, em 29 de janeiro de 2010, por meio da Portaria no- 29/MJ de 2010, suspendeu os 30% dos recursos do incentivo repassados pelo Ministério da Justiça, face à não aplicação do Incentivo pelos Estados e/ou Municípios, constatado nas visitas de monitoramento realizada por este Ministério e o da Justiça, no ano de 2009;</p>

		<p>Disponível em: http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=136:ci-n426-suspende-temporariamente-a-transferencia-de-recursos-do-fns-aos-fundos-estaduais-eo-municipais-correspondentes-ao-incentivo-para-as-no-sistema-penitenciario&catid=6:conass-informa&Itemid=14 - acessado em 20 dez 2013.</p>
2012	1º Encontro Nacional de Gestores de Saúde no Sistema Prisional em 21 e 22 de maio de 2012	<p>Nesse encontro foi debatido a proposta de Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional, que substituiu o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído pela Portaria 1777/MS/MJ/2003 e reuniu o Grupo de Trabalho Interministerial Saúde no Sistema Prisional para a realização da sua segunda reunião</p> <p>Disponível em: http://www.fiocruz.br/fiocruzbrasil/cgicgilia.exe/sys/start.htm?infoid=1050&sid=6 - acessado em 20 dez 2013.</p>
2012	PORTARIA Nº 1.617, DE 26 DE JULHO DE 2012	<p>Publicada no DOU do de hoje (27), a Portaria GM n.1617, que institui Grupo de Trabalho com o objetivo de apresentar diretrizes e estratégias para a Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional.</p> <p>Disponível em: http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1134:ci-n282-publicada-pt-gm-n1617-que-institui-grupo-de-trabalho-com-o-objetivo-de-apresentar-diretrizes-e-estrategias-para-a-assistencia-farmacutica-no-ambito-da-pnssp&catid=6:conass-informa&Itemid=14 - acessado em 20 dez 2013.</p>
2013	Portaria Interministerial nº 1.679/MS/MJ/MDS/SD H/SPM/SEPPIR de 12 de agosto de 2013	<p>Institui o Grupo de Trabalho Interministerial para elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional e o Comitê Técnico Intersetorial de Assessoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional.</p> <p>Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2013/pri1679</p>

		12_08_2013.html - acessado em 20 dez 2013.
2013	II Encontro Nacional de Gestores de Saúde no Sistema Prisional em 28 e 29 de novembro de 2013.	<p>O II encontro de gestores na sua pauta a apresentação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e troca experiências com os representantes dos estados e municípios e sociedade civil sobre gestão da PNAISP. Nesse encontro foi elaborada o documento denominado Carta de Brasília que aprovou a política e recomendava ao Estado brasileiro a publicação da mesma.</p> <p>Disponível em:</p>
2014	PORTARIA INTERMINISTERIAL MS/MJ Nº 1, DE 2 DE JANEIRO DE 2014.	<p>Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>Art. 2º 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).</p> <p>Art. 3º A PNAISP será regida pelos seguintes princípios:</p> <p>I - respeito aos direitos humanos e à justiça social;</p> <p>II - integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção,</p> <p>assistência, recuperação e vigilância em saúde,</p>

		<p>executadas nos diferentes níveis de atenção;</p> <p>III - equidade, em virtude de reconhecer as diferenças e singularidades dos sujeitos de direitos;</p> <p>IV - promoção de iniciativas de ambiência humanizada e saudável com vistas à garantia da proteção dos direitos dessas pessoas;</p> <p>V - corresponsabilidade interfederativa quanto à organização dos serviços segundo a complexidade das ações desenvolvidas, assegurada por meio da Rede Atenção à Saúde no território; e</p> <p>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.</p> <p>Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html - acessado em 03 jan 2014.</p>
2014	PORTARIA Nº 94, DE 14 DE JANEIRO DE 2014	<p>Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>Art. 1º - Fica instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, vinculado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).</p> <p>§ 1º - O serviço referido no "caput" é parte da estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei.</p>

		<p>§ 2º - O serviços referido no "caput" é composto pela Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP).</p> <p>Art. 2º É considerada beneficiária do serviço consignado nesta norma a pessoa que, presumidamente ou comprovadamente, apresente transtorno mental e que esteja em conflito com a Lei, sob as seguintes condições: com inquérito policial em curso, sob custódia da justiça criminal ou em liberdade; ou, com processo criminal, e em cumprimento de pena privativa de liberdade ou prisão provisória ou respondendo em liberdade, e que tenha o incidente de insanidade mental instaurado; ou em cumprimento de medida de segurança; ou sob liberação condicional da medida de segurança; ou, com medida de segurança extinta e necessidade expressa pela justiça criminal ou pelo SUS de garantia de sustentabilidade do projeto terapêutico singular.</p> <p>Disponível em:</p> <p>http://www.lex.com.br/legis_25226680_PORTARIA_N_94_D_E_14_DE_JANEIRO_DE_2014.aspx - acessado em 15 jan 2014.</p>
ANO	SOCIEDADE CIVIL/MOVIMENTO SOCIAL	DESCRIÇÃO
1999	RESOLUÇÃO Nº 01 DE 30 DE MARÇO DE 1999 DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA (CNPCCP).	<p>Confere aos presos de ambos os sexos o direito de visita íntima. No entanto, o art. 9º adverte: Incumbe à direção do estabelecimento prisional informar ao preso, cônjuge ou outro parceiro da visita íntima sobre assuntos pertinentes à prevenção do uso de drogas, de doenças sexualmente transmissíveis e, particularmente, a AIDS.</p> <p>Disponível em:</p> <p>http://portal.mj.gov.br/cnppcp/main.asp?ViewID=%7BC7BBE EA7%2DFF56%2D4874%2D870D%2D244D269A8716%7D&params=itemID=%7B4D45F853%2D975B%2D4E32%2D8246%2D146890EB97E9%7D;&UIPartUID=%7B183ACEAD</p>

		%2DEEF8%2D4BD1%2D9B10%2DC12459181A73%7D - acessado em 20 dez 2013.
1999	RESOLUÇÃO CNPCP Nº 06 DE JULHO DE 1999 DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA (CNPCP).	Repudia a segregação de presos soropositivos ou aidéticos sob a justificativa do risco de disseminação da doença e recomenda o isolamento apenas após exame médico individualizado. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saud_e_sistema_penitenciario.pdf - acessado em 20 dez 2013.
2003	Resolução nº 07, de 14 de abril de 2003 DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA (CNPCP).	Recomenda a adoção de um elenco mínimo de ações de saúde no sistema penitenciário, pautadas pela lógica da atenção básica. Art. 1º Por entender que uma boa atenção à saúde constitui um fator importante para a valorização da cidadania, além de reduzir as tensões inerentes às condições carcerárias, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária resolveu recomendar adoção de um elenco mínimo de ações de saúde que deve ser implantado nos sistemas penitenciários dos Estados. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saud_e_sistema_penitenciario.pdf - acessado em 20 dez 2013.
2004	Resolução nº 05, de 04 de maio de 2004 DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA (CNPCP).	O CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA, reunido em sessão ordinária aos 04 dias do mês de maio do ano de dois mil e quatro, na cidade de Brasília, tendo presente a Proposta de Diretrizes para o cumprimento de Medidas de Segurança, adequando-as ao contido na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. (Reforma Psiquiátrica). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saud_e_sistema_penitenciario.pdf - acessado em 20 dez 2013.

2004	12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. RELATÓRIO FINAL	Diretrizes Gerais: 39. Realizar Conferência Nacional sobre Sistema Prisional, em 2004, para discutir e definir estratégias de implementação do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, visando a garantir o direito à saúde aos apenados e reeducandos, de acordo com a Constituição Federal de 1988. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/download/rel%20final%2012a%20CNS.pdf - acessado em 20 dez 2013.
2006	Resolução CNPCP nº 11, de 07 de dezembro de 2006 DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA (CNPCP).	Esta resolução aponta diretrizes para a detecção de casos de tuberculose no sistema prisional tendo como CONSIDERANDO a importância da Política de Atenção à Saúde Penitenciária, normatizada pela Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777/2003, que institui o Plano Nacional de Saúde Penitenciária. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_e_sistema_penitenciario.pdf - acessado em 20 dez 2013.
2008	13ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. RELATÓRIO FINAL	Eixo I – Inéditas Viabilizar a criação do cargo de agentes promotores de saúde nos presídios brasileiros, com curso de capacitação para as pessoas presas, ministrados pelas secretarias estaduais de saúde, conforme o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e a lei que regulamenta a profissão dos Agentes Comunitários de Saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf - acessado em 20 dez 2013.
2008	RESOLUÇÃO CNPCP Nº 02, DE 8 DE MAIO DE 2008 DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL	Regulamenta o uso de algemas e outros instrumentos coercitivos em Escoltas. O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE

	<p>E PENITENCIÁRIA (CNP/CP).</p>	<p>POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA, no uso de suas atribuições legais e regimentais;</p> <p>CONSIDERANDO a saúde como direito fundamental, a ser exercido plenamente, visto que não atingido nem pela Lei nem pela sentença imposta;</p> <p>CONSIDERANDO as diretrizes da Portaria Interministerial ??? nº 1.777, de 09/09/03, versantes sobre o acesso das pessoas presas a ações e serviços de atenção à saúde;</p> <p>CONSIDERANDO a relevância da segurança das pessoas presas em unidades hospitalares, bem como da proteção da dignidade e da integridade física de todos os que exercem atividades nessas instituições;</p> <p>CONSIDERANDO a necessidade de fixar Diretrizes Básicas para a Condução de Presos durante o Atendimento à Saúde e Condições Mínimas de Segurança para sua Realização, resolve:</p> <p>Art. 1º Recomendar, em caráter excepcional e devidamente justificado, o uso de instrumentos coercitivos tais como algemas, na condução do preso e em sua permanência em unidades hospitalares, quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) não atente contra a dignidade ou a incolumidade física do custodiado; b) seja necessário à sua segurança individual e à segurança pública; c) se torne imprescindível para evitar uma fuga ou frustrar uma resistência. <p>Art. 2º Recomendar que o ambiente de atendimento de saúde esteja apto a garantir a integridade física dos agentes</p>
--	----------------------------------	---

		<p>que trabalham nessas instituições, assim como a dos presos.</p> <p>Art. 3º Recomendar que os recursos humanos envolvidos no atendimento de saúde aos presos, agentes de saúde, de segurança, custódia ou disciplina, devem receber treinamento que inclua orientação para atuarem em situações de vulnerabilidade da segurança.</p> <p>Art 4º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.</p> <p>SERGIO SALOMÃO SHECAIRA</p> <p>Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_e_sistema_penitenciario.pdf - acessado em 20 dez 2013.</p>
2011	FÓRUM PERMANENTE DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO DO RIO DE JANEIRO (FPSSP-RJ)	<p>O Fórum Permanente de Saúde do Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro (FPSSP-RJ) foi criado com o intuito de chamar atenção da sociedade para a gravidade dos problemas de saúde que afetam as pessoas privadas de liberdade no Rio de Janeiro e no Brasil. O caráter do Fórum é político, propositivo e de atuação permanente, onde as decisões são tomadas a partir de um colegiado formado por entidades e movimentos sociais que se relacionam com o tema e com os objetivos desse Fórum. Entre outros desafios o FPSSP-RJ busca estimular a participação dos familiares dos apenados, dos egressos do sistema penitenciário e da sociedade civil no processo de discussão, implantação e acompanhamento do PNSSP.</p> <p>Disponível em: http://forumdesaudenosistemapenitenciario.blogspot.com.br/ - acessado em 20 dez 2013.</p>
2012	Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde.	<p>Moção nº 4</p> <p>Tipo: Apelo</p>

		<p>Destinatário: Ministério da Saúde e Ministério da Justiça.</p> <p>Os delegados e delegadas presentes à 14ª Conferência Nacional de Saúde,</p> <p>realizada entre os dias 30 de novembro e 4 de dezembro de 2011, em Brasília/DF, apresentam esta moção de apelo pela criação e implementação de uma Política Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário Brasileiro em substituição à Portaria Interministerial nº 1.777, de 2003, fomentando uma política de Estado que garanta o acesso e o acolhimento com qualidade na atenção básica, secundária e terciária para todas as pessoas privadas de liberdade ou em média de segurança.</p> <p>Moção nº 12</p> <p>Tipo: Apoio</p> <p>Destinatário: Ministérios da Saúde e da Justiça.</p> <p>Os delegados e delegadas presentes na 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre os dias 30 de novembro e 4 de dezembro de 2011, em Brasília/DF, apresentam esta moção de apoio à “Carta do Rio de Janeiro”, que versa sobre as precárias condições de saúde das pessoas privadas de liberdade e das péssimas condições de trabalho dos servidores da área de saúde, que atuam no sistema prisional, aprovada na 6ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, realizada de 24 a 27 de outubro de 2011.</p> <p>Disponível em:</p> <p>http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf - acessado em 20 dez 2013.</p>
2012	FIOCRUZ Brasília - Grupo de trabalho discute política de Saúde no Sistema Prisional	A FIOCRUZ Brasília participa com informações sistematizadas, já que o Sistema Integrado de Informação Penitenciária (Infopen/MJ) ainda está em aperfeiçoamento. “Nosso papel é fornecer subsídios para a formulação da política, refinando as propostas junto com os proponentes. Trata-se de um trabalho de reunir e qualificar informações dispersas e fragmentadas, espalhadas em sistemas de

		<p>informação e relatórios”, explica Martinho.</p> <p>Disponível em:</p> <p>http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=846:ci-n214-grupo-de-trabalho-discute-politica-de-saude-no-sistema-prisional&catid=6:conass-informa&Itemid=14 - acessado em 20 dez 2013.</p>
2012	I Encontro Nacional dos Conselhos da Comunidade	<p>O I Encontro Nacional dos Conselhos da Comunidade foi a consolidação da proposta de qualificação e articulação dos Conselhos da comunidade do Brasil e dá continuidade à realização dos Encontros Regionais que ocorreram nos anos 2007 e 2008.</p> <p>A carta aprovada em plenária recomenda que:</p> <p>6 - “a oferta de ações e serviços de saúde para a população prisional seja organizada e gerida na esfera municipal, na ótica do Sistema Único de Saúde, com garantia de recursos financeiros e técnicos”.</p> <p>16. Que se cumpra a Lei 11.942 /2009, que prevê a disponibilização de espaço para assistência à mulher gestante e nutriz e cuidado de seus filhos de forma a manter proximidade com a família e/ou sua comunidade. E, ainda, que se adapte alas específicas para acolher as mulheres respeitando as suas demandas e necessidades e se efetive assistência de especialista à saúde da mulher.</p> <p>31. Que se fomente a Justiça Terapêutica através dos convênios Federal, Estadual e Municipal em todos os níveis de encarceramentos, bem como convênio entre o Ministério da Justiça e Ministério da Saúde para criação de centros de reabilitação para pessoas dependentes químicos em cumprimento de penas.</p> <p>Disponível em: http://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2013/01/Relato-do-I-Encontro-Nacional-dos-Conselhos-da-Comunidade.pdf - acessado em 20 dez 2013.</p>
2013	250ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS)	<p>Aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).</p> <p>A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAI) foi exibida aos conselheiros e internautas, por Marden</p>

		<p>Marques, Coordenador Nacional de Saúde no Sistema Prisional, que mostrou a dimensão da assistência à saúde nos presídios. Segundo ele, a ideia é levar o SUS para dentro das unidades prisionais a exemplo da Rede Cegonha.</p> <p>Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/10set_1_0_controle_do_sus.html - acessado em 20 dez 2013.</p>
--	--	---

Fonte: on line (internet).