

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS DE MARÍLIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

**ALINE RAMOS BARBOSA**

**VIDA NUA:**  
*biopolítica na gestão da população de rua*



MARÍLIA – S.P.

2017

**ALINE RAMOS BARBOSA**

**VIDA NUA:**  
*biopolítica na gestão da população de rua*



**Imagem 1** – Praça Princesa Isabel, com a estátua de Duque de Caxias, é a nova cracolândia, no centro de SP  
Joel Silva/Folha Press

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS DE MARÍLIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

**ALINE RAMOS BARBOSA**

**VIDA NUA:**  
*biopolítica na gestão da população de rua*

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais como pré-requisito para defesa e obtenção do título de Doutora. Trabalho realizado sob orientação do Prof. Dr. José Geraldo Alberto Bertoncini Poker (UNESP-FFC) e sob coorientação do Prof. Dr. Breitner Luiz Tavares (UnB-FCE).

Barbosa, Aline Ramos.

B238v Vida nua: biopolítica na gestão da população de rua / Aline Ramos Barbosa. – Marília, 2017.  
211 f. ; 30 cm.

Orientador: José Geraldo Alberto Bertoncini Poker.

Co-orientador: Breitner Luiz Tavares.

Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Filosofia e Ciências, 2017.

Bibliografia: f. 197-211

1. Pessoas desabrigadas. 2. Cuidados médicos. 3. Assistência social. 4. Biopolítica. 5. Direitos humanos. 6. Ética política. I. Título.

CDD 320.157

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**  
**“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”**  
**FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS DE MARÍLIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

**BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO DE**  
**ALINE RAMOS BARBOSA**  
**17/08/2017**

**TITULARES**

---

Prof. Dr. José Geraldo Alberto Bertoncini Poker (UNESP-Marília; orientador)

---

Profa. Dra. Isabel Pauline Hildegard Georges (IRD-*Institut de recherche pour le développement*, UFSCar-DS, USP-Cenedic)

---

Prof. Dr. Marcos César Alvarez (USP)

---

Prof. Dr. José Sterza Justo (UNESP-Assis)

---

Prof. Dr. Luís Antônio Francisco de Souza (UNESP-Marília)

**SUPLENTE**

Profa. Dra. Taniele Cristina Rui (UNICAMP)

Prof. Dr. Laércio Fidelis Dias (UNESP-Marília)

Prof. Dr. Gabriel Cunha Salum (FADAP)

*O que nos move na vontade de produzir cuidado? Nenhum poder [...] deseja excluir absolutamente. Só exclui quando não tem opção. O poder opera incluindo. Só o poder mais tosco, caricato, deseja excluir. Todo poder oscila, alguns se travestem mais, se tornam mais refinados, e inteligentemente criam políticas de inclusão; esta prática é certamente algo extremamente interessante para um poder que quer crescer. E algum poder não quer crescer? E nós, queremos também incluir? Mas incluir o que, em que e para quê? Quem em nós quer ser incluído e incluído em quê? O que acontece com a perspectiva de autonomia dessa vida ao ser incluída?*

(FUGANTI, L. “Biopolítica e produção de saúde: um outro humanismo?”. **Interface**. v.13, supl.I, pp. 667-679, 2009).

*Dedico este trabalho aos meus pais, Lourdes e Reinaldo. Apesar do controle comum à maternidade e à paternidade, teceram uma rede de cuidado e de afeto ao meu redor, que me abriu possibilidades de ser e de fazer. E, acima de tudo, proporcionaram-me meios para a construção cotidiana de minha autonomia.*

## AGRADECIMENTOS

Encerramentos de ciclo sempre trazem reflexão sobre a trajetória percorrida. No caso de um doutorado, ainda mais: porque é o final de um processo enriquecedor, porém cansativo de estudos. Desta forma, é fundamental reconhecer todas as ajudas e todo o apoio que tive nesta caminhada. A vida acadêmica é feita de muitas negativas, com algumas boas alegrias e vitórias pelo meio. E esta é uma vitória – e das grandes! Mas não esqueço-me que, no meio deste caminhar, já ouvi que “Não sou boa pesquisadora, apenas escrevo bem” ou que “A minha contribuição consistia apenas em organizar *coffe-breaks*. E que era necessário mais”. Felizmente, também ouvi que “Ainda há muito a percorrer e muito a fazer!” e “Você sabe mais do que escreve. Escreva!”. Em meio a golpes duros na autoestima, agradeço – imensamente – à Carla Gandini Giani Martelli e ao Luís Antônio Francisco de Souza. Sem as falas de vocês, provavelmente, eu não teria seguido em frente. Este trabalho se deve, em grande medida, ao incentivo de vocês, em momentos cruciais. Porque, hoje, eu sei que eu deveria ter continuado. Mas, houve momentos de muita dúvida. E duvidei de mim mesma.

Agradeço também ao meu orientador, José Geraldo Alberto Bertoncini Poker, que me acolheu no meio do processo dos estudos de doutoramento. Acolheu na acepção melhor da palavra: conversou comigo, me tranquilizou e foi sensível às minhas necessidades. Obrigada por me acompanhar nesta trajetória.

Também não posso deixar de agradecer ao meu coorientador, Breitner Luiz Tavares, que foi igualmente disponível desde que nos conhecemos. Mesmo à distância, não perdemos o contato durante estes anos. E nossas conversas sempre me animaram a continuar. Seguir com a pesquisa e com a vontade de realizar um diálogo com as Ciências da Saúde.

Agradeço igualmente aos professores José Sterza Justo e Luís Antônio Francisco de Souza pelas contribuições na banca de qualificação. Oportunidade em que pude participar de um debate de alta qualidade sobre o tema de minha pesquisa. A contribuição destes professores foi essencial ao formato que a tese tem agora. Agradeço, ainda, por aceitarem compor também a banca de defesa.

Agradeço, especialmente ao Luís Antônio, por acompanhar meu trabalho desde quando ainda era uma primeira versão de projeto. Sua acolhida e diálogo constante, durante estes anos, sempre foram muito importantes.



Agradeço à professora Isabel Georges, por sempre demonstrar interesse pela minha pesquisa e me incentivar. Agradeço também pela oportunidade de participar das reuniões do Laboratório Misto Internacional (LMI), porque pude aprender ainda mais nos debates ali realizados. E, também, a agradeço por aceitar compor a banca de defesa.

Agradeço ao professor Marcos César Alvarez por aceitar compor a banca de defesa. Em pequenas trocas que já realizamos, pude perceber como podemos ter um profícuo diálogo, que só foi – e é possível – graças à sua generosa disponibilidade.

Agradeço, desta maneira, a todas as contribuições da banca de defesa, porque elas muito me ajudaram a corrigir algumas questões essenciais para versão final deste trabalho e, acima de tudo, ajudaram a pensar questões de pesquisa que me indicam caminhos futuros a percorrer.

Agradeço, ainda, aos professores Antônio Mendes da Costa Braga e Laércio Fidelis Dias por aceitarem compor a banca de qualificação como suplentes. Agradeço, ainda, à professora Taniele Rui e aos professores Laércio Fidelis Dias e Gabriel Cunha Salum por comporem a banca de defesa como suplentes.

Agradeço às professoras Soraya Resende Fleischer, Yumi Garcia dos Santos, Ana Paula Serrata Malfitano, por conversas, sugestões e incentivos à esta pesquisa. Agradeço também ao professor Marc Bessin, pela oportunidade oferecida de estágio sanduíche no IRIS – *Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (Sciences sociales, Politiques, Santé)* vinculado à EHESS – *École des hautes études en sciences sociales*, que, infelizmente, não foi concretizada devido à interrupção de bolsas de doutorado sanduíche da CAPES. Igualmente, agradeço à professora Neiva Vieira da Cunha, por ter me auxiliado, desde Paris, no contato com o professor Marc Bessin.

Agradeço, ainda, aos participantes e aos coordenadores dos grupos de pesquisa dos quais participei durante estes anos: GESP – Grupo de Estudos em Segurança Pública, vinculado ao OSP (Observatório de Segurança Pública), da UNESP de Marília; Grupo Processos Migratórios e Cidades Brasileiras, da UNESP de Marília; *NaMargem* – Núcleo de Pesquisas Urbanas, da UFSCar e vinculado ao CEM (Centro de Estudos da Metrópole) e ao CEBRAP (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento). Bem como aos Grupos de Trabalho do Seminário Nacional Sociologia e Política (UFPR) – nomeadamente, *GT Sociologia da Saúde* e *GT Controle Social, Segurança Pública e Direitos Humanos* – pela oportunidade de apresentar e debater partes desta tese, assim como pelas contribuições, que muito me auxiliaram.

Agradeço aos parceiros de pesquisa e amigos de anos: Luciano Márcio de Freitas Oliveira e Mariana Medina Martinez, por manterem o diálogo, mesmo à distância. Também aos novos parceiros nos estudos do GESP: principalmente, Egor Vasco Borges, Silvio de Azevedo Soares e Danila Faria Berto, pelo diálogo e trocas constantes, além de amizade sólida construída. Ainda, agradeço aos amigos da Saúde Coletiva: Vanessa Daufenback Ramos, Michele Souza e Souza, Aisllan Diego de Assis e Ada Eliane Ojeda, pela generosidade em me ajudar no meu novo campo de estudos.

Agradeço, também, às amizades cultivadas em Marília. Rede de afeto e cuidado mútuo, que me possibilitou viver na nova cidade: Érica Rosa Hatugai, Flávia Cândido da Silva, Cláudia Carolina Robles, Tauan Tridapalli, Annelise Faustino da Costa, Ana Carolina Lirani Mazarini, Guilherme da Silva Gorjon, Camila Rodrigues da Silva, Thiago Henrique de Almeida Bispo, Carlos Eduardo Machado, Franz Arnaldo Cezarinho. Assim como aos moradores e agregados da *República Cornetas*.

Agradeço também às amizades de Jaboticabal: Joseni Boer Passolong, Lássila Almeida, Vânia Fernandes, Roger De Lucca, Maria Cristina Marques Pedrinho, José Roberto Costa e Priscilla Padovani. Agradeço ainda à Eliete Travaini Lopes, por ter facilitado o acesso a todos os locais que foram necessários. Agradeço também aos residentes da Casa Transitória, que me aceitaram entre eles nos dias de pesquisa.

Agradeço aos amigos de vida, dos muitos encontros que tive, e que estiveram presentes durante este processo: Karina Gomes Assis, Maria Angélica Petrini, Alexandre Almeida de Magalhães, Thales Estevão Felício Minelli, Evelyn Louyse Godoy Postigo, Fernanda Cristina Mello, Marina Buffa César, Camila Trebi Affonso, José Antônio da Silva Júnior, Simone Mestre, Sônia Mestre e Tânia Lima.

Agradeço à minha família, sem a qual eu não seria quem sou. Pelo apoio e dedicação de sempre, agradeço aos meus pais, Lourdes e Reinaldo. Pelo incentivo, cuidado, apoio e conversas sobre pesquisa em Saúde, agradeço à minha irmã, Francine. Pelo incentivo constante – e por ter sido exemplo e demonstrado que era possível esta vida acadêmica às pessoas de nossa origem social – agradeço ao meu tio, Osvaldo. Por trazer novo fôlego, alegrias e esperança às nossas vidas, agradeço à minha sobrinha, Cecília.

Por fim, agradeço à CAPES, pela concessão de bolsa de estudos. Esta pesquisa tornar-se-ia mais difícil de se concretizar sem este respaldo financeiro, especialmente, devido aos custos que pesquisas de campo demandam.

## Resumo

Esta tese analisa o acolhimento intersetorial (Saúde e Assistência Social) para a população em situação de rua de um município de médio porte do interior paulista. Para tal intento, foi realizada uma pesquisa de campo no equipamento público denominado Casa Transitória “Adélia Portella Volpe” e na rede de acolhimento intersetorial da população em situação de rua, em Jaboticabal-SP. A partir das concepções de *biopolítica*, *tanatopolítica* e *vida nua*, esta tese analisa a gestão atual da população de rua. Para isso, são elencados os dados da pesquisa de campo, a análise documental e o contexto de *guerra às drogas*, evidenciado pelo *Programa Crack – é preciso vencer*, que articula Saúde, Assistência Social e Segurança Pública no plano nacional.

Desta forma, a argumentação da tese se estrutura em duas perspectivas de análise: *a.* uma primeira mais “positiva” das políticas públicas, que as leva a sério e descreve suas características, impasses e limitações. Ou seja, uma análise do que denominei “políticas de governo”; *b.* uma segunda análise, mais pessimista, que faz a crítica do próprio limite do Estado em sua relação com a população. Então, apresenta a análise do *dispositivo* de gestão nas *margens do Estado*. E, desta forma, trabalha com a ideia de “políticas de Estado”.

Ambas perspectivas, embora distintas, fazem parte de uma mesma análise. E, em qualquer uma das duas perspectivas, as políticas públicas destinadas para população em situação de rua não dão conta do que se propõem. A não ser o controle desta população, que reforça o dispositivo e em nada emancipa.

**Palavras-chave:** População de rua; Intersetorialidade; Biopolítica; Tanatopolítica.

## Abstract

This thesis analyses the intersectorial host institution (health and social assistance) for homeless population in a small town located near São Paulo. For this purpose, a field research was carried out on the public equipment called Casa Transitória (Halfway House) “AdéliaPortela Volpe” and on the intersectorial network of homeless people, in Jaboticabal-SP. From the conceptions of biopolitics, thanatopolitics and bare life, this thesis analyses the current management about homeless population. In this regard, it listed the field research data, documentary analysis and the war on drugs context, indicated by the *Programa Crack – é preciso vencer* (Crack Program – It needs overcome), that articulates Health, Social Assistance and Public Security at national level.

Thus, the argument of the thesis has two perspectives: *a.* the first one is more “positive” about public policy, which understand seriously and describe its characteristics, problems and restrictions. In other words, an analysis I named “government policies”; *b.* the second, a more pessimist analysis, criticizes the limits of State in its relationship with the population. So, it presents an analysis of management *device* in the margins of the State.

Both perspectives, although different, are part of the same investigation. And, both perspectives the public polices intended to homeless population does not get effective results. Except for the control of this population, which reinforce the device and does not emancipate anybody.

**Keywords:** Homeless population; Intersectoriality; Biopolitic; Thanatopolitics.

## Résumé

Cette thèse analyse l'accueil intersectoriel (Santé et Assistance Sociale) destiné à la population sans domicile fixe (SDF) d'une commune moyenne de l'intérieur de l'État de São Paulo. Pour ce faire, on a réalisé une recherche sur le terrain dans l'équipement public nommé Casa Transitória « Adélia Portella Volpe » (Maison Transitoire « Adélia Portella Volpe ») et dans le réseau d'accueil intersectoriel de la population sans domicile fixe, dans la ville de Jaboticabal – SP. À partir des conceptions de *biopolitique*, de *thanatopolitique* et de *vie nue*, cette thèse analyse la gestion actuelle de cette population. Pour ce faire, on répertorie les données de la recherche sur le terrain, de l'analyse documentaire et du contexte de la *guerre aux drogues*, mis en évidence par le *Programa Crack – é preciso vencer* (Programme Crack – il faut vaincre), qui articule les domaines de la Santé, de l'Assistance Sociale et de la Sécurité Publique dans le plan national.

Ainsi, l'argumentation de la thèse se structure selon deux perspectives d'analyse : *a.* une première plus « positive » des politiques publiques, qui les prend au sérieux et décrit leurs caractéristiques, leurs impasses et leurs limitations, c'est-à-dire, une analyse de ce que j'ai nommé « politiques de gouvernement » ; *b.* une seconde analyse, plus pessimiste, qui fait la critique des limites de l'État dans sa relation avec la population. Alors, on présente l'analyse du *dispositif* de gestion *en marge de l'État* et, ainsi, on travaille avec l'idée de « politiques d'État ».

Ces deux perspectives, quoique distinctes, font partie d'une même analyse. Et, dans n'importe laquelle de ces perspectives, les politiques publiques destinées à la population sans domicile fixe n'atteignent pas les buts qu'elles se proposent, à l'exception de celui du contrôle de cette population, ce qui renforce le dispositif et ne l'émancipe aucunement.

**Mots-clés:** SDF; Intersectorialité; Biopolitique; Thanatopolitique.

## LISTA DE SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ANPOCS – Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial

CAPS/AD – Centro de Apoio Psicossocial – Álcool e Drogas

CAP's – Caixas de Aposentadoria e Pensão

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento

CEM – Centro de Estudos da Metrópole

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

Centro Pop – Centro de Referência Especializado em População em Situação de Rua

CETREM – Central de Triagem e Encaminhamento ao Migrante

CdeR – Consultório de Rua

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social

CnaR – Consultório na Rua

CREAS – Centro de Referência Especializado

CREAS-POP – Centro de Referência Especializado em População em Situação de Rua

C.T. – Casa Transitória

DAB – Departamento de Atenção Básica

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EHESS – École des Hautes Études en Sciences Sociales

EJA – Educação de Jovens e Adultos

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EPI – Equipamento de Proteção Individual

GESP – Grupo de Estudos em Segurança Pública

GT – Grupo de Trabalho

HC – Hospital das Clínicas

HPV – *Human Papiloma Virus* (Papiloma Vírus Humano)

HST – Hospital Santa Tereza

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IML – Instituto Médico Legal

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IRIS – Institut de Recherche Interdisciplinaires sur les Enjeux Sociaux (Sciences Sociales, Politiques, Santé)

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

MDS – Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MNPR – Movimento Nacional de População de rua

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NA – Narcóticos Anônimos

NOB/SUAS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social

OSP – Observatório de Segurança Pública

PBF – Programa Bolsa Família

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PMCG – Prefeitura Municipal de Campo Grande

PSR – População em Situação de Rua

RD – Redutor de Danos

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SAUAD – Serviço de Atendimento aos Usuários de Álcool e Drogas

SESAU – Secretaria Municipal de Saúde

SNAS – Secretaria Nacional de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UNESP – Universidade Estadual Paulista

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>Resumo</b> .....	9
<b>Abstract</b> .....	10
<b>Résumé</b> .....	10
<b>Lista de Siglas</b> .....	11
<b>PARTE I – APONTAMENTOS INICIAIS</b> .....	14
<b>Introdução</b> .....	15
<b>Capítulo 1 – Sobre a pesquisa</b> .....	25
Sobre as escolhas teóricas.....	25
Sobre a pesquisa de campo.....	32
<b>Capítulo 2 – Sobre a Casa Transitória</b> .....	46
Lei de instituição e Decreto de criação da Casa Transitória “Adélia Portella Volpe” ...	46
As instalações físicas da Casa Transitória “Adélia Portella Volpe” .....	48
O corpo de funcionários da Casa Transitória “Adélia Portella Volpe” .....	53
A rotina semanal da Casa Transitória “Adélia Portella Volpe” .....	53
<b>PARTE II – GOVERNO E GESTÃO DA VIDA</b> .....	81
<b>Capítulo 3 – Políticas Públicas e População em Situação de Rua</b> .....	82
Breve histórico da população em situação de rua.....	82
Dualidade na cobertura das políticas de Saúde .....	91
Intersetorialidade .....	97
Recorte populacional das políticas públicas.....	102
<b>Capítulo 4 – Saúde Pública e Gestão dos Pobres</b> .....	114
A saúde como eixo articulador da gestão dos pobres.....	115
Breve percurso histórico da saúde no Brasil .....	124
Reforma Sanitária e construção do SUS.....	135
<b>PARTE III – ESTADO E MARGENS</b> .....	142
<b>Capítulo 5 – Questão Social e exclusão social</b> .....	143
Questão social como questão política.....	144
Questão social como questão de polícia .....	145
Exclusão social e gestão de populações marginais.....	146
Vadiagem e Mendicância .....	151
<b>Capítulo 6 – Biopolítica, tanatopolítica e vida nua</b> .....	161
Biopolítica e Medicina Social.....	166
Biopoder e biopolítica .....	174
Tanatopolítica .....	180
<b>Conclusões</b> .....	185
<b>Referências</b> .....	197

## **PARTE I – APONTAMENTOS INICIAIS**

A primeira parte desta tese trata dos apontamentos iniciais. Chamei de apontamentos iniciais a Introdução, o Capítulo 1 e o Capítulo 2. O primeiro capítulo é composto por considerações iniciais da pesquisa – como entrada de campo, escolhas metodológicas e teóricas – bem como considerações primeiras para entendimento da pesquisa e do texto. O segundo capítulo descreve a Casa Transitória “Amélia Portella Volpe”, local onde realizei a pesquisa de campo. Tal descrição é feita através de seu espaço físico, seu corpo de funcionários e sua rotina semanal. Estes apontamentos iniciais são de fundamental importância para entender de onde partem o olhar da pesquisa e as reflexões analíticas apresentadas nas outras duas partes desta tese.



## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como objetivo central acompanhar o acolhimento integral à população em situação de rua (PSR), com enfoque na intersectorialidade – especificamente entre Assistência Social e Assistência em Saúde – prevista tanto no SUS (Sistema Único de Saúde) como no SUAS (Sistema Único de Assistência Social), de forma a tentar entender e, depois analisar, o acolhimento intersectorial como uma forma de gestão expressa pelo *dispositivo* da *biopolítica* e *tanatopolítica*, que produz constantemente vida nua.

Desta forma, esta pesquisa apresenta como método a pesquisa de campo, com observação participante e produção de diário de campo. O local que fornece dados empíricos às reflexões aqui apresentadas é o município do interior de São Paulo chamado Jaboticabal, localizado na mesorregião de Ribeirão Preto, a aproximadamente 350 Km da capital do estado.

Como o município citado é classificado como de médio porte, com cerca de 70 mil habitantes, ele não se qualifica a receber verbas específicas do governo federal, via Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e/ou via Ministério da Saúde (MS). Estas verbas seriam de grande importância para auxiliar na implantação do Consultório na Rua (CnaR), equipamento do SUS – e também ligado aos SUAS – de atenção integral à saúde da PSR.

A atenção integral à saúde da PSR faz parte de um progressivo crescente de políticas públicas destinadas à PSR, que começam a tomar corpo depois da I Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua (2008) e da Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua (2008). Primeiramente, vieram os CREAS-POP – que depois passaram a se chamar Centro Pop – equipamento da Assistência Social para acolhimento da PSR, cujo objetivo é ser “um espaço de referência para o convívio grupal, social e o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito. Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, proporcionar vivências para o alcance da autonomia e estimular, a organização, a mobilização e a participação social”<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Informações disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/centro-pop.html>>. Último acesso em: 01/08/2017.

Mais recentemente, as políticas públicas têm se voltado para a Saúde. Importante ressaltar, que este enfoque tem como contexto o pânico moral<sup>2</sup> ligado ao *uso abusivo do crack* e a proliferação e evidência de existência das *cracolândias*, seja nas cidades metropolitanas ou nas de interior. Desta forma, a primeira investida à saúde da PSR foi via Saúde Mental (álcool e drogas) por meio do Consultório de Rua (CdeR). Este consultório serviria de “porta de entrada” à rede CAPS (Centro de Apoio Psicossocial), especialmente para encaminhamento ao CAPS-AD (Centro de Apoio Psicossocial – Álcool e Drogas) e à rede de Saúde Mental.

Depois amplia-se à atenção integral à saúde, por meio do Consultório na Rua (Cna). Os CnaR’s são formados por equipes “de saúde móveis que prestam atenção integral à saúde da população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, e trabalham junto aos usuários de álcool, crack e outras drogas com a estratégia de redução de danos”. Sendo assim, diferentemente do CdeR, o CnaR é “porta de entrada” para o SUS e, desta forma, suas “equipes possuem profissionais de várias formações que atuam de forma itinerante nas ruas desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde, CAPS, Serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção”<sup>3</sup>.

Como dito acima, o município onde realizei pesquisa de campo não se classifica na prerrogativa para receber verba dos MDS e MS para implantar o CnaR. Sendo assim, este se tornou um local fértil para acompanhamento das políticas públicas, onde são necessárias táticas cotidianas de gestão, para tentar acompanhar as diretrizes das políticas nacionais. Como garantir à PSR o acesso à Saúde? Como fazer a intersetorialidade funcionar na prática? Quais escolhas técnicas e políticas precisam ser tomadas? Todas estas questões são acompanhadas – e, pode-se tentar esboçar respostas – diante da tentativa experimental de CnaR, chamado “Saúde na Rua” e da “Ponte” realizada pela Casa Transitória – equipamento da Assistência Social de acolhimento à PSR – que é referência para PSR e gerencia a rede de atendimento.

---

<sup>2</sup> O debate sociológico sobre pânico moral remonta à década de 1970, com a publicação de *Folk Devils and Moral Panics* (1972), de Stanley Cohen. De acordo com Higa e Alvarez (2017), embora o debate já existisse anteriormente, é com Cohen que vai ganhar enfoque primordial e, desta forma, pode ser entendido como um fenômeno que, de modo mais propício, surge “em momento de crise e instabilidade dos valores políticos e morais de uma sociedade. Na esteira do turbilhão de mudanças e incertezas, uma ameaça que visa ferir os valores morais dominantes é identificada e denunciada publicamente. A exposição da situação é feita por toda uma “narrativa do medo”, que faz uso de discursos carregados de terror, revolta e sensacionalismo. Juntamente com a identificação do mal, exige-se a imediata reação de combate ao mesmo” (HIGA; ALVAREZ, 2017:8).

<sup>3</sup> Informações disponíveis em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/consultorio-na-rua.html>>. Último acesso em: 15 jul. 2017.

A pesquisa de campo consistiu em sua primeira incursão, meados de julho a meados de agosto de 2015, em acompanhar diariamente a rotina de atendimento da Casa Transitória. Esta escolha se deve ao fato de que a Casa Transitória é o equipamento de referência para população em situação de rua no município de Jaboticabal. Apesar de ser um equipamento da Assistência Social, é por meio da Casa Transitória que a população em situação de rua acessa também os serviços de saúde. Desta maneira, a Casa Transitória se mostrou local central para entender a dinâmica de acolhimento à população em situação de rua.

As escolhas metodológicas desta pesquisa estão diretamente relacionadas com as hipóteses de pesquisa. Diante do contexto em que o *crack* ganha grande visibilidade na sociedade brasileira e, partindo do princípio, que na esteira deste movimento de combate ao *crack* estão as investidas em Saúde para a população em situação de rua, tenho como hipótese que a gestão da população de rua está mais direcionada ao controle estatal de *populações perigosas*<sup>4</sup> e menos à dialética de direitos da PSR, embora, seja claro, que muitos destes serviços impactam positivamente na vida das pessoas que estão em situação de rua.

Para entender essa rede de relações, de sentido e de atendimentos, apenas a pesquisa de campo (com observação participante e produção de diário de campo) poderia tentar apreender estas questões no cotidiano do atendimento, haja vista que, com a inserção em campo foi possível acompanhar o dia-a-dia do acolhimento à população em situação de rua em Jaboticabal-SP. Além disso, no entanto, foram acessados documentos institucionais do município (com acesso possibilitado pela pesquisa de campo) e da União (disponíveis na internet). E, também, é na presença intensiva no campo, que as pessoas envolvidas (interlocutores da pesquisa) confiaram em mim e, desta forma, não se incomodaram em me transmitir informações.

Importante destacar que também não é apenas uma questão de confiança. A convivência com o atendimento cotidiano permitiu que eu pudesse me inteirar das questões mais ordinárias do dia-a-dia. Provavelmente, como comento mais à frente na rotina semanal da Casa Transitória, muitas questões passariam batidas, se a opção fosse

---

<sup>4</sup> “A expressão “classes perigosas” parece ter surgido na primeira metade do século XIX. A escritora inglesa Mary Carpenter, por exemplo, em estudo da década de 1840 (...) utiliza a expressão claramente no sentido de um grupo social formado à margem da sociedade civil. Para Mary Carpenter, as classes perigosas eram construídas pelas pessoas que já houvessem passado pela prisão, ou as que, mesmo não tendo sido presas, haviam optado por obter o seu sustento e o de sua família através da prática de furtos e não do trabalho. Em suma, a expressão é utilizada aqui de forma bastante restrita, referindo-se apenas aos indivíduos que já haviam abertamente escolhido uma estratégia de sobrevivência que os colocava à margem da lei” (CHALHOUB, 1996:20).

fazer apenas entrevistas. Porque o cotidiano se torna tão naturalizado, que tudo que para mim que rendeu várias reflexões, para as pessoas do acolhimento nada mais são do que rotina que não tamanha atenção. Também, só a inserção em campo que me permitiu auxiliar no trabalho da Casa Transitória quando Joana saiu de férias e, desta forma, entender ainda mais minuciosamente a rotina da Casa.

Como dito acima, a pesquisa na Casa Transitória foi uma opção porque é o local de referência para acolhimento da população em situação de rua em Jaboticabal. Mas, também, como havia tensões entre a Assistência Social e a Saúde, optei por estabelecer maior contato na Assistência Social e não ficar transitando entre duas secretarias municipais, o que poderia me render falta de confiança de ambos os lados. Desta forma, embora discuta a intersetorialidade no acolhimento à população em situação de rua, esta intersetorialidade foi apreendida desde o ponto de vista dos funcionários da Assistência Social em rede com os serviços de acolhimento da Saúde e demais eventuais áreas que precisaram ser acionadas, tais como Trabalho e Renda, Moradia, Segurança Pública, Educação, etc..

Embora, aparentemente, a pesquisa de campo lide apenas com questões específicas de casos específicos, estes casos não são isolados. Desde algum tempo, tem-se percebido comunicação entre os casos de pesquisa de campo e uma lógica nas pesquisas sobre Estado, sob a perspectiva da Antropologia e da Etnografia ou as Sociologia que tem como método a observação participante. Estas abordagens juntam-se a de Das&Poole (2008), já debatida acima, e entende que o Estado possui margens, que sustentam o seu centro e com ele se relacionam de maneira direta. E, desta forma, estruturam uma relação diferente com a população que ocupam esses espaços físicos e simbólicos<sup>5</sup>.

Como dito acima, fiz pesquisa de campo em dois períodos de incursão: meados de julho a meados de agosto de 2015, por um mês ininterrupto, acompanhando diariamente o atendimento da Casa Transitória e circulando pela rede de acolhimento que envolve, entre outras possibilidades, CREAS e CAPS. Todo dia eu acompanhava o atendimento, conversava com os funcionários – principalmente da Casa Transitória, minha referência na pesquisa – e fazia anotações pontuais em meu caderno. Ao final do dia, anotava minhas observações em diário de campo. Quando isto não era possível, escrevia o diário de campo ainda durante aquela semana.

---

<sup>5</sup> Ver introdução de Vieira da Cunha & Feltran (2013).

Ao final da pesquisa de campo, reuni todas as informações em um documento de word único, que chamei de Diário de Campo Completo. Depois de formatar e revisar as anotações, imprimi os diários de campo e, desta forma, pude analisar as questões ali levantadas. A análise foi iniciada cerca de 3 meses depois da pesquisa de campo, devido a outros compromissos acadêmicos e a necessidade de afastamento físico e mental das questões de campo. Ao voltar às anotações, pude analisar com melhor aproveitamento. Fazer pesquisa de campo também é uma incursão emocional, que requer equilíbrio e amadurecimento de ideias e emoções para sua análise posterior.

As categorias de análise foram desenvolvidas diante da pesquisa de campo e não diante de questões teóricas primeiras. Manteve-se a inclinação de análise com inspiração em Foucault e a discussão sobre *margens do Estado*, mas os temas foram escolhidos diante dos acontecimentos cotidianos da pesquisa de campo. Desta forma, questões de gênero, de marcadores sociais da diferença, da singularidade do trabalho da Assistência Social, das redes de acolhimento, dos limites das políticas públicas apareceram depois da incursão ao campo ou reforçaram algumas intuições de pesquisa presentes desde o projeto.

Diante das categorias, que foram classificadas de acordo com cores de canetas e anotações nas margens das páginas, os temas presentes na pesquisa de campo foram classificados e agrupados de acordo com afinidades. A partir destas questões, a qualificação foi estruturada, com vistas também ao texto final. Escolhi fazer uma descrição densa da pesquisa de campo, da Casa Transitório e da rotina de atendimento. Nesta descrição, aparecem já algumas questões que são mais fortemente analíticas e que serão retomadas em capítulos específicos para a discussão.

Ainda, é necessário ressaltar que, nesta tese, utilizo analiticamente o conceito de *dispositivo* de Foucault. O dispositivo é um mecanismo essencial para pensar a *gestão* das *populações*. De acordo com Agamben (2009), em entrevista de 1977, Foucault chega próximo de uma definição do conceito:

[...] com o termo dispositivo, compreendo uma espécie – por assim dizer – de formação que num certo momento histórico teve como função essencial responder a um urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função eminentemente estratégica [...] O dispositivo está sempre inscrito num jogo de poder e, ao mesmo tempo, ligado aos limites do saber, que derivam desse e, na mesma medida, condicionam-no. Assim, o dispositivo é: um conjunto de estratégias de relações de força que condicionam certos tipos de saber e por eles são

condicionados (*Dits et écrits*, v.III, p.299-3000 *Apud* Agamben, 2009:28).

O dispositivo tem uma função estratégica na medida em que tem uma lógica de ações, que são pautadas por conhecimentos científicos (*saberes*) e por estes conhecimentos são influenciados. Neste sentido, analisar para as políticas públicas com este olhar, nos permite propor uma análise que vai desde as leituras das normativas nacionais – dada por documentos oficiais, portarias e legislação em geral – como também pensar as ações cotidianas da gestão no nível municipal.

Tanto a estrutura da Saúde como da Assistência Social é tripartite, ou seja, dividida entre os entes federados. Esta estrutura se deve ao tamanho do território nacional, que gera a necessidade de diretrizes nacionais, mas aplicações às realidades locais. Desta forma, município tem central importância na gestão das políticas públicas sociais (Saúde e Assistência Social), sendo da competência dos estados auxiliar onde os municípios não abrangem toda a demanda, assim como repasse de verba, que também são feitas via União<sup>6</sup>.

Desta forma, pensar políticas públicas como parte de um *dispositivo de gestão* se mostra uma boa opção de análise, haja vista que a estrutura das políticas públicas no Brasil é escalonar, ou seja, com regras, condutas e ações que estão presentes nos três níveis da federação (município, estado e União). Desta forma, estes três níveis precisam ser levados em consideração, principalmente, porque o poder circula entre os três níveis.

De acordo com Foucault (2005), o poder não pode ser tomado como *um fenômeno de dominação maciço e homogêneo*, ele deve ser analisado como uma *coisa que circula, ou melhor, uma coisa que só funciona em cadeia* e, desta forma, trata-se de apreender:

[...] o poder em suas extremidades, em seus últimos lineamentos, onde ele se torna capilar; ou seja: tomar o poder em suas formas e em suas instituições mais regionais, mais locais, sobretudo no ponto em que esse poder, indo além das regras de direito que o organizam e o delimitam, se prolonga, em consequência, mais além dessas regras, investe-se em instituições, consolida-se nas técnicas e fornece os instrumentos de intervenções materiais, eventualmente até violentos [...] (FOUCAULT, 2005: 32).

---

<sup>6</sup> Para melhor discussão desta estrutura, ver a Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2004) e a Lei N.º 8.080/1990, que regulamenta o SUS.

Além disso, pensamos, então, o *dispositivo* e a *governamentalidade* em seus em suas diferente escalas:

O que queria fazer – e era esse o objeto da análise – era ver em que medida se podia admitir que a análise dos micropoderes ou dos procedimentos de governamentalidade não está, por definição, limitada a uma área precisa, que seria definida por um setor de escala, mas deve ser considerada simplesmente um ponto de vista, um método de decifração que pode ser válido para a escala inteira, qualquer que seja a sua grandeza. Em outras palavras, a análise dos micropoderes não é uma questão de escala, não é uma questão de setor, é um questão de ponto de vista. Bom. Era essa, por assim dizer, a razão do método (FOUCAULT, 2008b: 258).

Desta forma, a pesquisa de campo realizada serve de embasamento empírico para reflexões sobre o *dispositivo* de gestão da população de rua, analisado enquanto um setor e seus diversos níveis escalonares. Assim, o recurso de diário de campo (nível municipal) e legislações/normativas/documentos oficiais (níveis estadual e federal). Pensamos o setor em suas teias de saberes e poderes internos ao nível local, que apresenta a Prefeitura, a Secretaria de Saúde, a Secretaria de Assistência Social, o CREAS e a Casa Transitória.

Também, como se trata de um dispositivo, é indispensável pensar como os saberes se formam e, sendo assim, uma discussão sobre saúde, assistência social é feita. Algo próximo da ideia de *genealogia* – embora eu não tenha tido acesso a bases de dados ou tempo suficiente para tal empreitada – mas, uma discussão no eixo diacrônico, pensando a constituição dessas áreas de políticas públicas, bem como o campo de saber da Saúde Coletiva.

Assim, também são pensadas as questões jurídicas, tanto do ponto de vista de garantia de direitos da população de rua – com o MNPR e a PNPR – como as situações de violação de direitos humanos, como no caso de internações compulsórias ou a tradição de punição e arbitrariedade sobre mendigos e a vadiagem e mendicância.

Ao pensar estes níveis escalonares e constituição de saberes – que impactam na circulação de poderes – podemos amarrar a argumentação de que esta tese não considera que a população de rua seja *excluída*, mas sim compõem as *margens do Estado*, onde os limites entre legal e ilegal são borrados<sup>7</sup>. E para onde se direcionam, ao

---

<sup>7</sup> Ou *legal* e *extralegal* (MAGALHAES, 2012). Ver este texto, para discussão sobre megaeventos e remoções no Rio de Janeiro.

contrário do que se pensa, as maiores intervenções estatais. Neste caso, Assistência Social e Saúde, como também Segurança Pública, dada pelo contexto de *guerra às drogas*.

Ainda é preciso destacar, que devido à uma entrada privilegiada de pesquisa de campo – realizei pesquisa de campo em Jaboticabal a convite da Secretária de Assistência Social e da Diretora de Proteção Especial – meu olhar de pesquisa voltou-se para a estrutura do acolhimento da população em situação de rua de Jaboticabal-SP. Desta maneira, mais do que o *Estado visto por baixo*<sup>8</sup>, adoto a ideia de ver o *Estado em ação*, ou seja, como as políticas públicas são operacionalizadas no cotidiano da gestão. Ou, dito de outra maneira, entender o Estado como formado por suas *margens* (DAS; POOLE, 2008). Segundo Santos e Georges, inspiradas em Hughes (1957), entender como agem os agentes de execução que estão distantes de centros políticos e econômicos, numa tentativa de “dar conta da indefinição e redefinição permanente de suas fronteiras” (GEORGES; SANTOS, 2016:23).

Neste sentido, a proposta desta tese é fazer uma sociologia política das políticas públicas destinadas ao acolhimento da PSR. Por isso que lança mão de pesquisa de campo, com observação participante e análise documental. A análise documental proporciona o entendimento das normativas da política públicas e a pesquisa de campo com observação participante permite apreender como essas políticas são executadas em seu cotidiano de município de médio porte.

Em minha experiência de pesquisa de campo, não houve nenhum *Doc* (FOOTE WHITE, 2005), ou seja, não há nenhum informante privilegiado e sim um acesso privilegiado aos diferentes níveis de gestão no âmbito municipal, lugar onde se concretizam as políticas públicas. Todavia, este trabalho integra a perspectiva de pesquisas recentes, que adotam a pesquisa etnográfica como método de pesquisa, de forma a tentar captar situações, tensões e delimitações cotidianas, que não seriam perceptíveis em outras técnicas qualitativas, como entrevistas, por exemplo. Além disso, pesquisas assim realizadas – no Brasil e no mundo – apresentam similaridade sobre constituições de periferias<sup>9</sup>. Embora minha pesquisa tenha sido realizada no centro da

---

<sup>8</sup> Cefaï (2010), que diz respeito aos trabalhos antropológicos que pensam o Estado a partir das pontas e, portanto, o enxergam desde baixo, ou seja, como a sociedade recebe as políticas do Estado.

<sup>9</sup> Segundo Cunha & Fentran (2013): “[...] pesquisas recentes reconhecem transformações muito intensas nas dinâmicas privada, social e política das periferias urbanas, cujas consequências estão longe de ser suficientemente estudadas, embora desafiem diferentes disciplinas das ciências sociais, como a sociologia e a antropologia urbanas, do trabalho, da religião, da família, da política e da cultura, além da ciência



cidade de Jaboticabal-SP, ela teve como objeto de intervenção uma população periférica e está inserida no contexto de mudanças recentes nas periferias.

Por fim, no decorrer da tese aparecerão três tipos de termos para se referir à população em situação de rua: (1) **população em situação de rua**, com referência ao termo êmico dos assistentes sociais e da política nacional destinada a este segmento da população; (2) **população de rua**: quando a referência for os estudos populacionais e reflexões teóricas sobre Estado e como se forja uma população, nos termos foucaultianos e, por fim, (3) **morador(es) de rua**: quando o enfoque é no indivíduo e também no processo de sujeição e subjetivação, também inspirados em Foucault.

\*\*\*

Diante destas questões, a presente tese está dividida em três partes, compostas, ao todo, por 6 capítulos. A primeira parte desta tese trata dos apontamentos iniciais. Chamei de apontamentos iniciais a Introdução, o Capítulo 1 e o Capítulo 2. O primeiro capítulo é composto por considerações iniciais da pesquisa – como entrada de campo, escolhas metodológicas e teóricas – bem como considerações primeiras para entendimento da pesquisa e do texto. O segundo capítulo descreve a Casa Transitória “Amélia Portella Volpe”, local onde realizei a pesquisa de campo. Tal descrição é feita através de seu espaço físico, seu corpo de funcionários e sua rotina semanal. Estes apontamentos iniciais são de fundamental importância para entender de onde partem o olhar da pesquisa e as reflexões analíticas apresentadas nas outras duas partes desta tese.

A segunda parte desta tese reúne os Capítulo 3 e 4. O Capítulo 3 – Política Públicas e População de Rua – faz um balanço das políticas públicas destinadas à população de rua, além de apontar problemas na própria ideia de população, que torna homogêneo o que não é. E, neste sentido, gera problemas cotidianos na operacionalização das políticas públicas, quando a heterogeneidade aparece e causa conflitos diversos.

O Capítulo 4 – Saúde Pública e Gestão dos Pobres – faz uma retomada das políticas públicas em Saúde, ou seja, da Saúde Pública, seja em seus aspectos mais gerais históricos ou em sua dinâmica peculiar brasileira. Neste capítulo, argumenta-se que é possível afirmar que a Saúde se constitui como eixo articulador da gestão dos

---

política, preocupada com a construção democrática, as políticas públicas e os processos decisórios” (p.11).

pobres. Desta maneira, a segunda parte desta tese leva a sério (VIVEIROS DE CASTRO, 2002) as políticas públicas. Ou seja, tomamos como verdadeiras as intenções descritas nos documentos oficiais e acompanhamos como ocorre sua implementação.

A terceira e última parte desta tese é composta pelos Capítulos 5 e 6 e pelas Conclusões. O Capítulo 5 continua a discussão, já iniciada no Capítulo 4, sobre questão social e exclusão social, na perspectiva de margens do Estado, ou seja, descrevendo uma historicidade da gestão dos pobres que culmina sempre em repressão. Desta forma, apresentamos uma discussão sobre questão social e seu aspecto de questão de polícia, bem como a relação com *vadiagem e mendicância*.

O Capítulo 6, sobre *biopolítica, tanatopolítica e vida nua*, discute este três conceitos, com base em relatos etnográficos apresentados em seu início, para destacar que a população em situação de rua de rua não é excluída e sim, ao contrário, tem várias intervenções estatais em sua vida cotidiana. Se na segunda parte desta tese a crítica está relacionada aos limites das políticas públicas, que são levadas a sério. Na terceira parte, as políticas públicas são tomadas como construção que, de saída, não promoverão emancipação social ou igualdade. Isto porque, nesta abordagem, apostamos na interpretação de ação do Estado como *disciplina, biopolítica, tanatopolítica e controle*.

Desta forma, embora partindo de perspectivas diferentes, a segunda e terceira partes desta tese fazem parte de uma mesma análise: as políticas públicas de gestão da população de rua não dão conta do que se propõem, isto porque, diante da lógica estatal de composição da hegemonia no centro a partir das margens, impõe uma constituição onde até há espaço para cuidado, mas sobretudo, elaboram políticas de controle.

## CAPÍTULO 1 – SOBRE A PESQUISA

### Sobre as escolhas teóricas

Esta pesquisa parte de uma dupla inquietação: teórica sobre questão social no Brasil – tema já abordado em sua perspectiva histórica na dissertação de Mestrado –; e, também, sobre contexto atual que coloca o uso abusivo do *crack* como tema central para entender uma ampla rede de intervenções estatais diante de populações e corpos de pessoas em situação de rua.

O tema da população em situação de rua também não é recente para mim. Iniciei meu contato com incursões noturnas às ruas de Americana, quando adolescente, para distribuir sopa. Depois, anos mais tarde, transformei esta questão em meu objeto de estudo na Iniciação Científica. Desta pesquisa inicial, derivou minha pesquisa monográfica de Trabalho de Conclusão de Curso no Bacharelado em Ciências Sociais (UFSCar)<sup>10</sup> e também projeto de Mestrado que, por inúmeros motivos, foi engavetado. Todavia, foi retomado agora no Doutorado, em outro formato, e com contribuições do tema estudado durante o Mestrado.

Do ponto de vista das políticas públicas, o olhar direcionado à população em situação de rua é recente. Uma das principais argumentações no meu projeto de Mestrado se referia à ausência de censo específico para contabilizar esta população. A questão era: como pensar uma política pública eficiente para uma população que não sabemos quem é ou qual tamanhos tem? Este é o tema de livro sobre população em situação de rua intitulado “População em situação de rua: quem é, como vive, como é vista”, fruto de uma experiência de pesquisa no município de São Paulo<sup>11</sup>.

Depois de movimentação na Assistência Social e de engajamento político do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), há, finalmente, o Censo Nacional da População em Situação de Rua (2008)<sup>12</sup> e, daí, derivam algumas normativas para

---

<sup>10</sup> Fiz Iniciação Científica sob orientação da Profa. Dra. Norma Felicidade Valencio. Entre os anos de 2015 e 2016. No final de 2007, sob orientação da Profa. Dra. Vera Alves Cepêda, apresentei a monografia intitulada “População de Rua em São Carlos-SP: aspectos sobre exclusão social, contratualismo e cidadania”, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Ciências Sociais e como resultado de estudos primeiros na Iniciação Científica (PIBIC/CNPq).

<sup>11</sup> VIEIRA, Maria Antonieta da Costa et al. (2004).

<sup>12</sup> Mais informações em: BRASIL. MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. META – Instituto de Pesquisa de opinião. **Sumário Executivo Pesquisa Nacional de População em Situação de Rua**. Brasília, 2008.

políticas públicas direcionadas especificamente à população em situação de rua. Mais recentemente, o aspecto da atenção integral à saúde da população em situação de rua toma corpo e é publicado o “Manual sobre o cuidado à saúde da população em situação de rua” (2012)<sup>13</sup>, juntamente com as portarias que definem a implantação e o funcionamento do Consultório na Rua (CnaR)<sup>14</sup>.

O Consultório na Rua, diferentemente do Consultório de Rua, está ligado à atenção básica e, portanto, tem enfoque na atenção integral à saúde da população em situação de rua. Formado por uma equipe multidisciplinar, o atendimento acolhe várias questões, seja de ordem da Saúde Mental – casos que eram atendidos pela Consultório de Rua e que são encaminhados à rede CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) – ou questões como machucados nos pés, tratamentos dentários, tuberculose e doenças crônicas comuns à população em geral, como hipertensão e diabetes.

Todavia, um detalhe importante na construção de políticas públicas se faz necessário ressaltar: as iniciativas de Consultório na Rua são preconizadas – ao menos, em seu primeiro processo de implantação – para municípios com população a partir de 300 mil habitantes. Desta forma, esta pesquisa buscar entender os mecanismos e estratégias cotidianos existentes nas ramificações das políticas públicas que são empregados para um município de médio porte – neste caso, Jaboticabal-SP – lança mão para poder seguir os condicionantes da política nacional, mesmo sem contar com verba destinada para tais equipamentos específicos ao acolhimento em Assistência Social e Saúde, respectivamente, Centro-POP e Consultório na Rua.

Desta forma, além do embasamento empírico das políticas para população em situação de rua, esta pesquisa tem como norteadores teóricos: *questão social*, *margens do Estado* (Das&Poole), assim como *população e biopoder* (Foucault) e *tanatopolítica* e *vida nua* (Agamben). Estas questões teóricas primeiras, que já apreciam no projeto, vão também dialogar com temas como higienismo, eugenismo e suas relações com a

---

<sup>13</sup> BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde da população em situação de rua**. Brasília-DF, 2012.

<sup>14</sup> BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, **Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012**. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município e **Portaria nº 1.238, de 25 de junho de 2014**. Fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades. Há, ainda, a **Nota Técnica Conjunta/2012**, que dispõe sobre a adequação dos Consultórios de Rua e Implantação de Novas Equipes de Consultório na Rua frente às diretrizes de funcionamento das equipes de Consultório na Rua, estabelecidos pelas portarias 122 e 123, de 25 de janeiro de 2012.

construção de uma Saúde Pública contemporânea, imbricações que se tornaram mais evidentes depois da pesquisa de campo.

E, sendo assim, partindo da análise do *Programa Crack: É preciso vencer*, podemos inferir como a gestão da população em situação de rua está fortemente associada a, pelo menos, três tecnologias de intervenção: Assistência Social, Saúde Pública e Segurança Pública. Isto porque, é necessário pensar estas políticas de saúde em contexto atual de *guerra às drogas*<sup>15</sup>. Todavia, estes entrelaçamentos não datam apenas dos dias atuais, mas que são perceptíveis, em perspectiva história, na punição da *vadiagem* e da *mendicância*, como formas de controle das populações nos espaços públicos de outrora. Mas, que também se encontram presente no cotidiano, nas formas de abordagem da Assistência Social e da Saúde, que fazem uso do poder da Segurança Pública, no caso de internações compulsórias e fuga de pacientes com doenças de notificação compulsória<sup>16</sup>.

#### O contexto atual e a população em situação de rua

Nos últimos anos o debate sobre saúde para população em situação de rua (PSR) ganhou força no cenário nacional, diante de duas questões práticas: *i.* o aumento do consumo de crack, associado à PSR e *ii.* as políticas públicas que, diante da intersectorialidade no acolhimento, tentam dar contas dessas novas demandas. Sendo assim, a partir de 2011 temos o primeiro documento oficial (Portaria 122, de janeiro de 2011) que define a criação do Consultório na Rua (CnaR), equipamento do Sistema Único de Saúde, com vínculo também na Assistência Social, que faz a *busca ativa*<sup>17</sup> de usuários que compõem a população em situação de rua. Diante disto, o objetivo desta pesquisa é entender como as recentes das políticas públicas para PSR se articulam, visando ao atendimento integral à saúde da PSR, levando em consideração a

<sup>15</sup> O contexto de *guerra às drogas* é essencial para pensar as políticas de Saúde e de Assistência Social relacionadas com o tema. Isto porque, devido à construção preconceituosa a respeito do tema e o *pânico moral* que o cerca (ver nota de rodapé 2, desta tese) faz com que “a discussão sobre a política criminal de drogas encontra-se no núcleo de diversos outros temas, tais como racismo, higienização social, violência de gênero, violência estatal, marginalização e criminalização da pobreza” (CAMARGO; BORDIN, 2017:2).

<sup>16</sup> Segundo a **Portaria no. 204, de 17 de fevereiro de 2017**, notificação compulsória é definida como “comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública”.

<sup>17</sup> A “busca ativa” é prevista tanto pelo SUS como pelo SUAS. Está pautada em ações de busca dos usuários no território de permanência dos mesmos. Ou seja, ao invés da população em situação de rua procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS), o Consultório na Rua (CnaR) busca a população em situação de rua, por ser uma unidade móvel de atendimento em Saúde.

intersectorialidade<sup>18</sup>, prevista tanto no Sistema Único de Assistência Social (SUS) como no Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Como hipóteses de trabalho, argumentamos que o debate sobre saúde para população em situação de rua aparece em cenário nacional apenas quando esta população ganha visibilidade ao ser associada ao consumo de *crack*<sup>19</sup> e, portanto, estar no centro da discussão sobre drogas. Dessa forma, embora a gramática do discurso das ações governamentais gravite em torno da questão da cidadania e do direito ao acesso ao cuidado integral e, por conseguinte, à ampliação de direitos de cidadania para a população de rua, argumentamos outra possível consequência: a outra versão do cuidado é o controle das *populações perigosas*<sup>20</sup> do espaço urbano, especialmente as que ocupam os espaços públicos.

Diante disto – como já venho argumentado<sup>21</sup> e também autores como Taniele Rui (2014) também apontam – este debate pode contribuir para a discussão teórica sobre questão social no Brasil contemporâneo. Todavia, pode ser enriquecido com a discussão sobre *margens do Estado* (DAS; POOLE, 2008), que lança um novo olhar para as populações consideradas *excluídas*. Esta hipótese de trabalho se junta a outros autores, que têm pensado o urbano no Brasil contemporâneo<sup>22</sup>.

---

<sup>18</sup> Pensar atualmente a gestão em Saúde no Brasil requer o exercício de entender as relações entre as políticas sociais e a descentralização política apontada por Arretche (2000). Além disso, como a saúde passou a ser considerada “resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais”, a gestão em saúde deve articular em várias esferas de governo e “desenvolver ações conjuntas com outros setores governamentais, como meio ambiente, educação, urbanismo etc., que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e da saúde para a população” (PEREIRA et al., 2004: 9). Dessa forma, “a prática da intersectorialidade na saúde propõe um diálogo e ações complementares entre setores diversos, sem desconsiderar a necessidade de integrar ações dentro de cada setor. Ou seja, pode-se dizer que ao buscar a intersectorialidade, espera-se encontrar ações conjuntas que perseguem o mesmo objetivo entre setores diferentes; entre o público e o privado e entre a sociedade civil e o Estado em instâncias nas quais essas dicotomias ainda persistem” (AZEVEDO et al, 2012: 1336).

<sup>19</sup> Embora em pesquisas recentes seja diagnosticado que a incidência de consumo de *crack* na cracolândia é menor do que o consumo de *pó* (cocaína) e bebidas alcoólicas.

<sup>20</sup> “A expressão “classes perigosas” parece ter surgido na primeira metade do século XIX. A escritora inglesa Mary Carpenter, por exemplo, em estudo da década de 1840 (...) utiliza a expressão claramente no sentido de um grupo social formado à margem da sociedade civil. Para Mary Carpenter, as classes perigosas eram construídas pelas pessoas que já houvessem passado pela prisão, ou as que, mesmo não tendo sido presas, haviam optado por obter o seu sustento e o de sua família através da prática de furtos e não do trabalho. Em suma, a expressão é utilizada aqui de forma bastante restrita, referindo-se apenas aos indivíduos que já haviam abertamente escolhido uma estratégia de sobrevivência que os colocava à margem da lei” (CHALHOUB, 1996:20).

<sup>21</sup> Em texto apresentado no “II Seminário Interno do projeto de pesquisa As margens da cidade Grupos urbanos ‘marginais’, política e violência em três territórios do estado de São Paulo” (BARBOSA, 2013).

<sup>22</sup> Destaco aqui a produção do grupo **NaMargem** – *Núcleo de Pesquisas Urbanas* (UFSCar), do qual fiz parte entre os anos de 2010 e 2014. Mas, também outras produções, que, por exemplo, em momentos

Dessa forma, além de buscar entender as extensões mais capilares da gestão da população de rua e, portanto, como o poder circula na esfera municipal de acolhimento à PSR, esta pesquisa também tem como pano de fundo o *Programa Crack – é preciso vencer*, que articula nacionalmente as esferas do *cuidado*, da *prevenção* e da *autoridade*<sup>23</sup>. Embora com atenção às normativas nacionais e manuais de cuidado, bem como pensando as articulações nacionais do *Programa Crack – é preciso vencer*, interessa-me entender como todas essas teias de *saber-poder* (Foucault) se articulam no nível municipal e, dessa forma, esta pesquisa está embasada em pesquisa de campo realizada no município de Jaboticabal-SP, em duas grandes incursões: um mês durante o ano de 2015, quando acompanhei diariamente o acolhimento à população em situação de rua na Casa Transitória de Jaboticabal-SP e, no decorrer do ano de 2016, período em que me mudei para o município.

#### O local da pesquisa de campo

A pesquisa de campo foi realizada no município de Jaboticabal, localizado no interior do estado de São Paulo. Com área territorial de 707 km<sup>2</sup> e população de 73.084 (94,7% urbana, 5,3% rural), Jaboticabal, passou a apresentar, a partir de 2010 o IDH de 0,778, considerado alto<sup>24</sup>.

Segundo a Secretaria de Assistência Social<sup>25</sup>, de acordo com levantamento realizado em 2013, 110 pessoas em situação de rua foram entrevistadas. Foi utilizado o mesmo questionário do Levantamento Nacional da População em Situação de Rua. Em 2014, um Banco de Dados foi criado e é alimentado pelas Equipes de Abordagens (diurna e noturna) com preenchimento da ficha de abordagem, sempre que uma nova pessoa é abordada. Foram cadastradas 138 pessoas desde o ano de 2014 até o momento

---

diferentes aglutinaram-se no GT Sobre Periferias da ANPOCS. Coletânea de trabalhos deste GT pode ser acessada em Vieira da Cunha & Feltran (2013).

<sup>23</sup> Segundo a página do Observatório Crack, é preciso vencer, o “cuidado” são “ações para estruturar redes de atenção de saúde e de assistência social para o atendimento aos usuários de drogas e seus familiares” e, portanto, integram tal eixo: Consultório na Rua, Unidade de Acolhimento Adulto, Unidade de Acolhimento Infantil, Leitos em enfermarias especializadas, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Comunidades Terapêuticas, Serviço Social na Rua, Centro Pop, Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. O eixo da “prevenção” são “ações para fortalecer vínculos familiares e comunitários e reduzir fatores de risco para o uso de drogas”. Sendo assim, compõem esse eixo os Centro Regionais de Referência e a Capacitação de profissionais e sociedade civil. Por último, o eixo da “autoridade”, que são “ações para reduzir a oferta de crack e outras drogas ilícitas, pela repressão ao tráfico, crime organizado e pela garantia de condições de segurança. Informações disponíveis em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/>>. Último acesso em: 17.03.2015.

<sup>24</sup> Dados disponíveis em: <<http://www.jaboticabal.sp.gov.br/2010/index.php/conteudo/visualizar/estatisticas>>. Acesso em: 06.04.2015.

<sup>25</sup> Dados enviados por e-mail pela Secretaria Municipal de Assistência Social.

de realização de pesquisa (em 2015). Dentre estas pessoas, algumas são *trecheiras*<sup>26</sup>, outras já saíram da situação de rua ou foram encaminhadas para a Casa Transitória e outras permanecem.

A capacidade de atendimento da Casa Transitória é de 20 pessoas. No momento inicial da pesquisa, encontravam-se acolhidas 19 pessoas do sexo masculino. O município também não dispõe de Serviço de Acolhimento para mulheres. As mulheres são encaminhadas para o CETREM (Centro de Triagem do Migrante) em Ribeirão Preto. Segundo a diretora de proteção especial, a maioria não quer sair da situação de rua em consequência da dependência.

Também, não há no município o Serviço de Albergue. Só uma ONG que oferece uma sopa à noite de segunda a sábado. Ainda, o município fez convênio com duas Comunidades Terapêuticas (atendimento masculino em Barrinha e atendimento feminino em Taquaritinga). E a diretora de proteção especial, no início da pesquisa, definira o trabalho do acolhimento à PSR de Jaboticabal como “abordar e oferecer oportunidade de tratamento”.

Além disso, o serviço de acolhimento em Saúde começava, no ano de 2015, a ser estruturado no município, com o equipamento *Saúde na Rua*<sup>27</sup>, uma espécie experimental de Consultório na Rua. O que chama atenção neste caso é que os Consultórios na Rua são preconizados, em sua fase inicial de implantação, para municípios com mais de 300 mil habitantes, para depois ser uma experiência adotada em municípios menores. Neste caso, o município de Jaboticabal fica à frente desta iniciativa e a implementa antes mesmo de ser obrigatória pelas normativas da União. Sendo assim, torna-se um município interessante para estudo de caso: apesar de município menor, ainda sem a obrigatoriedade de implementar o equipamento da Saúde, instala um serviço de acolhimento em Saúde.

---

<sup>26</sup> Há uma classificação interna à própria população em situação de rua: *trecheiros* e *pardais*. *Trecheiros* são os que ficam em fluxo permanente entre as cidades. *Pardais* são os fixos no território de um município. Sobre estas distinções êmicas e modos de vida de cada grupos, ver Martinez (2011). Para estudo sobre *trecheiros* e errância/nomadismo como formas de viver e construção de subjetividades, ver Justo (2011; 2012).

<sup>27</sup> Saúde na Rua é um atendimento destinado à PSR em Jaboticabal, uma espécie de Consultório na Rua experimental. Ele se utiliza de um ônibus com aparato de saúde, seja cadeira de dentista, ou local reservado para consultas, anotações, coleta de materiais de exame e banheiro. Tal ônibus precisa estar ligado à energia elétrica. Desta forma, utiliza o ponto de energia existente no posto de combustível localizado na marginal da cidade, próximo ao local de consumo de crack que ficou conhecido como *Cracolândia* de Jaboticabal. Em inúmeras vezes este local foi referenciado como *a ponte* também.



A pesquisa e pequena introdução bibliográfica

Esta pesquisa se justificou pela importância em estudar um tema recente como as políticas destinadas à PSR, principalmente em contexto urbano e com relação à emergência social ligada às práticas de consumo abusivo de *crack*, que geram conflitos e integram o centro da discussão contemporânea sobre questão social no Brasil:

[...] os conflitos decorrentes de intervenções ostensivas nos espaços de consumo de droga se complexificam e se intensificam, configurando um momento histórico que não torna exagero dizer que o crack, seus usuários e seus espaços de consumo estão no centro da questão social brasileira contemporânea” (RUI, 2014: 27).

Embora o enfoque desta pesquisa não seja o uso abusivo do crack e a corporalidade abjeta do *noia*, como no estudo de Rui, é possível atentar para a questão de metonímia que transforma todos os moradores de rua em usuários de *crack*. Dessa forma, por essa associação recorrente – que nem sempre encontra correspondência na prática – e por ocupar os mesmos espaços de consumo de *crack* e de circulação dos *noias*, a população em situação de rua ocupa uma miríade de posições nas marginalidades:

[...] o uso do crack revela apenas uma face da mesma pessoa, que pode ser considerada por outros serviços de atenção como “morador(a) de rua”, “menino de rua”, “travesti”, “profissional do sexo”, entre inúmeras outras identidades contingenciais e políticas; trata-se de um fenômeno bastante recorrente, apreendido por Néstor Perlongher (2008) como “*contatos entre as marginalidades*” (RUI, 2014: 55).

E é neste debate, então, que podemos tentar contribuir para entender melhor as capilaridades do poder, que circula entre os funcionários que compõem as políticas públicas, mas também entre os usuários<sup>28</sup>. Desta forma, ao contrário de tendências de outras perspectivas em Sociologia, a análise de *populações marginais* que aqui se realiza, vai ao encontro de pesquisas como as relacionadas com a introdução de Das e Poole (2008), a saber: pesquisas sobre as *margens do Estado*<sup>29</sup>. Que, ao invés de se

---

<sup>28</sup> Oliveira (2012) demonstra as hierarquias finas entre a população em situação de rua de São Carlos-SP. Estas hierarquias foram levadas para as assembleias do equipamento de acolhimento à época e, dessa forma, influenciaram as decisões e construção conjunta do atendimento no município.

<sup>29</sup> Segundo Das e Poole (2008), a Antropologia é a disciplina privilegiada para estudar o estado a partir de suas margens, pois é a disciplina que busca interlocução com aquelas populações que são marginalizadas dentro das estruturas políticas e econômicas, em domínios coloniais e pós-coloniais. Sendo assim, uma antropologia das margens oferece uma perspectiva única de compreensão do Estado, não porque captura

preocupar com descrições que analisam determinadas populações pela negativa – no caso de população de rua, como os que não tem casa, não tem emprego, não tem família – preocupa-se em tentar entender como essas populações se relacionam com o Estado e quais formas de gestão acionam, pois estão longe de ser excluídos. Se a princípio se pensava que ali nas margens do Estado haveria falta de estado, podemos dizer que há excesso.

Este trabalho, então, pretende contribuir para o entendimento da sociedade brasileira contemporânea, no tocante à gestão de crises, principalmente por ter como pano de fundo a discussão sobre gestão da pobreza, das ruas e controle social de *populações perigosas*. Dessa forma, além de adotar uma perspectiva inspirada em Foucault de análise de *como* o poder circula<sup>30</sup> entre agentes diversos do Estado e usuários de serviços de Saúde e de Assistência Social – com base na pesquisa de campo de inspiração etnográfica realizada em Jaboticabal-SP – considera-se que este é um momento propício para resgatar o debate sobre *questão social*: o problema do *crack* traz a visibilidade para o debate em Saúde para PSR e mobiliza ao menos três tipos de gestão governamental (“cuidado”, “prevenção” e “autoridade”).

### Sobre a pesquisa de campo

*A primeira impressão muito clara ao adentrar na SESAU (Secretaria de Saúde do município de Campo Grande) é o tamanho do lugar. Pergunto por Marina<sup>31</sup> na recepção do local, e, surpreendentemente para mim, as pessoas ali não a conhecem. Estava acostumada com o tramitar em secretarias menores, como de São Carlos, onde tinha impressão que todos se conheciam. Perguntam-me sobre qual área ela seria e eu não entendo a pergunta. Digo apenas que era do consultório de rua. Alguém fala “ah, o pessoal que vai para rua... Acho que eles são da atenção básica”. Neste momento eu entendo a pergunta. “Sim, são da atenção básica”, penso comigo. Alguém me indica o bloco e eu caminho até lá. Saio em frente a um estacionamento, com vários blocos ao redor, muitos carros. Realmente, aquela secretaria era grande. Entendia porque toda a negociação de pesquisa era mais burocrática. Era uma capital. Em alguma medida, tudo era bem mais impessoal (Diário de Campo, 01/11/2013).*

---

práticas consideradas exóticas, mas porque sugere que as ditas “margens do Estado” são supostos necessários para o Estado, da mesma forma que a exceção é para a regra.

<sup>30</sup> Na Aula de 14 de janeiro de 1976 de **Em defesa da sociedade**, Foucault discorre sobre problemas e indicações de método para trabalhar com os estudos sobre poder. Ver discussão mais à frente (p.28).

<sup>31</sup> Os nomes que aqui aparecem são fictícios. Com exceção de cargos públicos notórios, como o de secretária de Assistência Social e diretora de Proteção Especial.

Naquele momento, ao adentrar a SESAU/PMCG (Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Campo Grande-MS) eu não sabia ainda que me impressionaria não apenas com o tamanho físico da secretaria e com a impessoalidade nas relações, eu estava adentrando em um emaranhado de requisitos burocráticos para realização da pesquisa. Comitês de ética – discussão nova no meio das Ciências Sociais<sup>32</sup> – ofícios, pedidos formais de autorização de pesquisa, conversas por telefone, assinar termo de compromisso depois de meses de negociação para, ao final, não conseguir uma assinatura final na folha de rosto gerada pela Plataforma Brasil após cadastro do projeto de pesquisa. A impressão era que eu perdera quase um ano da minha vida (e do prazo de pesquisa) numa negociação infrutífera. Mas, depois sobre muito refletir, entendi que este era um momento de pesquisa importante de ser relatado: havia limites e impasses para quem pretende pesquisar as políticas públicas. Como bem lembrado por Cefai (2013), podemos adentrar apenas dentro dos limites impostos. E há limites.

Felizmente, se algumas portas se fecham, outras se abrem. E pude realizar minha pesquisa de campo em outro município. Agora no interior do estado de São Paulo. Onde outras especificidades locais enriqueceram minhas reflexões sobre o tema de pesquisa.

\*\*\*

Meu interesse de pesquisa sobre moradores de rua nasceu com experiências anteriores com estas pessoas. Quando era adolescente participei de um grupo religioso que entregava sopa na cidade de Americana. Depois de um evento mais drástico – o suicídio de um dos homens para quem sempre entregávamos sopa – chegamos à conclusão que era necessário, além da entrega do pão, fazer algo que se ligasse mais às *necessidades de espírito* daquelas pessoas. Foi assim que passamos a conversar ainda mais com aquelas pessoas em situação de rua. E também foi dessa forma que tomei contato com as primeiras trajetórias de rua.

Uma experiência desse impacto não passa despercebida em nossa vida. A partir daquele momento, sempre pensava nas condições de vida nas ruas. Chuva boa para dormir? Apenas para quem tinha a possibilidade de se abrigar. Alteridade é imposta de

---

<sup>32</sup> O debate é recente na Sociologia, mas tem encontrado espaço nos grandes encontros das Ciências Sociais, como a reunião da Sociedade Brasileira de Sociologia (SBS) e a Reunião Brasileira de Antropologia (RBA). Destaque para o dossiê sobre o assunto que saiu na Revista Brasileira de Sociologia (RBS), organizado por Soraya Vargas Côrtes (presidente da SBS à época). Referência: **Revista Brasileira de Sociologia**. Vol 03, No. 05. Jan./Jun./2015.

uma maneira radical e tudo na nossa vida domiciliada parece composta de excessos materiais. Foi assim que me atentei para quem, comumente, é invisibilizado socialmente. Foi dessa forma que lembrei da existência de moradores de rua quando fui estudar impactos das chuvas nos transeuntes e nos fluxos da cidade<sup>33</sup>.

Toda uma pesquisa de Graduação virou continuação em projeto de pesquisa de Mestrado. Mas, a vida acadêmica tem suas idiossincrasias e o projeto inicial não virou dissertação. Todavia, os objetos de pesquisa também nos escolhem e, sendo assim, continuei a pesquisar o tema paralelamente. Por convite de Luciano Oliveira e Mariana Martinez realizamos um minicurso sobre População em situação de rua, projeto de extensão que agrupou estudantes da UFSCar e funcionários da gestão de São Carlos e até de cidades vizinhas. Experiência importante que abriu caminho para uma relação mais próxima de pesquisadores do tema. Juntou-se a nós o Luiz Fernando Pereira. Tínhamos, então, uma espécie de Grupo de Trabalho permanente. Participamos juntos de um grupo de estudos urbanos na UFSCar<sup>34</sup>.

Esta relação com estes pesquisadores qualificou o debate sobre a questão da população em situação de rua. Cada um tinha experiência em uma abordagem na discussão. O Luciano, ainda, tinha passagem pela gestão, que enriquecia muito nosso entendimento sobre as tramas institucionais das políticas voltadas para população em situação de rua (PSR). Para sacramentar todas as nossas experiências trocadas e colocar para conversar com os momentos distintos de pesquisa de campo sobre um mesmo tema numa mesma cidade, escrevemos um artigo<sup>35</sup>. Uma das experiências mais interessantes e trabalhosas da vida acadêmica. Mas, que pretende contribuir para o debate sobre o tema.

Depois, eu fui ser professora substituta na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e dessa forma entrei em contato com o Consultório na Rua (CnaR).

---

<sup>33</sup> Durante a graduação em Ciências Sociais tive bolsa de Iniciação Científica (PIBIC-CNPq) para estudar o impacto das chuvas em transeuntes e situações de desastres ligados às chuvas. Diante de pesquisa de campo fiz uma tipologia de afetados: (1) os que estavam na rua; (2) os que trabalhavam na rua; (3) os que moravam nas ruas. Dessa pesquisa, senti necessidade de abordar melhor o assunto “moradores de rua” e entender quais políticas públicas existiam para atender as suas necessidades. Nesse período ainda não havia os estudos recentes e os estudos da década de 1970 eram de mais difícil acesso. Todavia, o começo dos anos 2000 foi muito importante politicamente. E eu pude acompanhar grande parte dessas discussões políticas e avanços nas políticas públicas.

<sup>34</sup> **NaMargem** – *Núcleo de pesquisas urbanas*. Participei deste grupo entre os anos de 2010 e 2014. Agradeço imensamente a todas as trocas acadêmicas e fraternais que ali realizamos. A influência dessa passagem pelo grupo na minha vida acadêmica e pessoal é importantíssima.

<sup>35</sup> MARTINEZ, M. M.; PEREIRA, L. F.P.; BARBOSA, A. R. OLIVEIRA, L. M. F.; PAZZINI, D. P. “A produção e a gestão da população de rua: a trajetória de Luciene”. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**. 7(4). OUT/NOV/DEZ - pp. 741-767.

Ministrei um curso de Antropologia Urbana. E, em aula sobre PSR, uma aluna me procurou no intervalo da aula para comentar que em Campo Grande começara a articulação para implantar o Consultório na Rua. Ela é funcionária da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Campo Grande. Foi assim que resolvi incorporar nas minhas reflexões sobre moradores de rua a questão da saúde.

Saúde sempre fora algo de interesse pessoal e intelectual. Tenho uma irmã, que é muito próxima a mim, que é enfermeira e pesquisadora na área. Além disso, em épocas de UFSCar, estudei Paulo Freire com um grupo da residência multiprofissional em Saúde da Família. As questões de saúde, então, sempre estiveram presentes em minha trajetória. Mas, como destacado acima, era uma novidade e essa novidade trazia todo um novo campo de saber (e poder) que exigia procedimentos metodológicos com aprovação em comitê de ética. A questão que se impôs: a pesquisa de campo em Ciências Sociais deveria ser considerada pesquisa como seres humanos em equivalência dos estudos experimentais das áreas de Saúde? Para mim era claro que não. Para o comitê de ética, formatado diante dessa área e com formulários que não fazem menor sentido à pesquisa em Ciências Sociais, sim. Era preciso passar por todo um processo de negociação, recolhimento de assinaturas, questionários pré-montados e prever – o que parece um absurdo às pesquisas etnográficas – quais perguntas seriam feitas aos interlocutores e quais possíveis situações de risco o campo apresentaria.

Há aqui um embate entre as áreas, mas, fundamentalmente sobre epistemologia e metodologia. As consideradas *ciências duras* seguem uma formatação específica de pesquisa. Com métodos inflexíveis, recortes anteriores, formulários que precisam ser preenchidos e, teoricamente, imparcialidade na pesquisa<sup>36</sup>. Fica claro para essas ciências quem é objeto e quem pesquisa. De um longo debate ao estatuto científico das Ciências Humanas, nossa *dureza* não se encontra no rigor inflexível da metodologia, mas em uma revolução epistemológica<sup>37</sup>, que considera os próprios seres humanos objetos de pesquisa. Mais do que isso: é a interação entre eles – e deles com nós pesquisadores – que nos importa. Sendo assim, essa descrição de *entrada no campo* indispensável para trabalhos etnográficos e de observação participante, e esta descrição já nos qualifica em

---

<sup>36</sup> Bourdieu discorre sobre o campo científico, como um campo de poder e quais influências na produção do conhecimento científico. Ver: BOUDIEU (1976). A suposta imparcialidade de ciência também é importante para a discussão sobre Eugenia, que será abordada durante a tese. Pietra Diwan (2014) chega a afirmar que a Eugenia é uma « pseudociência » exatamente porque não corresponde à imparcialidade almejada e propagada, apenas serve de argumento para intervenção nos corpos.

<sup>37</sup> Laplantine (2003) discorre sobre isso nas mudanças de olhar da Antropologia. Esta discussão pode ser estendida também às Ciências Humanas.

relação à ética. São nossos pares, com acessos a essas informações da pesquisa de campo, que balizam a ética de pesquisa<sup>38</sup>.

De qualquer forma, além desse debate sobre ética de pesquisa e nossa posição frente à cobrança de passagem de projeto de pesquisa por comitês de ética – que em si não seria um problema, se houvesse uma formatação específica para as Ciências Humanas<sup>39</sup> – ainda há os impasses e relações de poder entre pesquisador e gestão. No meu caso, houve uma negociação frustrada ao final de quase um ano. Somou-se a isso uma greve que paralisou o funcionamento do Comitê de Ética da UNESP-FFC (Marília), que transformou o período de tramitações institucionais em algo de maior duração.

Estes parecem ser dois impasses em pesquisa de Ciências Sociais em Saúde e que tem sido discutidos por pesquisadores da área: a relação com o comitê de ética e o acesso às instituições que pesquisamos. Em Seminário realizado na UnB<sup>40</sup>, este debate apareceu de forma contundente. E, além dos problemas usuais que são comentados, como a formatação dos Comitês de Ética baseados em Ciências da Saúde, também foi questionada os entraves às aulas que dependiam de respostas desses comitês que demoravam mais do que o semestre letivo e, portanto, destruíam toda a possibilidade de campo antropológico em Saúde durante a Graduação como recurso didático e metodológico em uma disciplina semestral.

O outro nível de problemas também é registrado por outros autores. Sobre pesquisa a respeito do Samussocial em Paris e as permissões institucionais, Daniel Cefaï escreve:

Algumas dessas operações de pesquisa nos foram autorizadas e outras – como o acompanhamento das reuniões dos funcionários, com a exceção do *briefing* antes das *maraudes* noturnas – nos foram vedadas. Cada instituição delimita, assim, um perímetro aberto à investigação: em nosso caso, uma decisão vinda da direção tornou possível esta pesquisa, mas foram estabelecidos limites por causa de microrresistências de quadros intermediários (CEFAÏ, 2013:273).

Dessa forma, é necessário pensar sobre essas relações de poder nas instituições e também dessas instituições com os pesquisadores. Como somos encarados pelos nossos interlocutores técnicos, que são especializados nos temas que pesquisamos? Taniele Rui

<sup>38</sup> Tal questão é discutida na coletânea de FLEISCHER&SCHUCH (2010).

<sup>39</sup> Há o Comitê específico em Ciências Humanas na UnB – CEP/IH. Foi uma forma encontrada de atender às demandas por passagem em comitês de ética, porém, assegurando a análise por profissionais também de formação em Ciências Humanas.

<sup>40</sup> Antropologia e Mediadores no Campo das Políticas de Saúde, Brasília, 2014.

(2014) descreve toda a negociação da entrada de campo, tanto no acompanhamento das equipes de redução de danos em Campinas como na ONG que atua na *Cracolândia*, em São Paulo. Se na segunda a relação foi menos formal e rapidamente conseguiu acompanhar o serviço, na primeira teve que passar por todo um ritual de negociações que culminou, em última fase, na sua apresentação à equipe e pedido de autorização para a mesma. Depois de conversas sobre a pesquisa e explicações sobre o método etnográfico, ela ouviu de um dos redutores *é uma menina, não entendo essa preocupação toda* (RUI, 2014:45).

Sendo assim, o que nossa presença representa? Por vezes, parece-me uma ameaça ao conhecimento dos gestores. Uma espécie de vigília sobre aplicações corretas das diretrizes nacionais das políticas públicas. Ou, então, somos apenas observadores que não impõem preocupação. É certo que, independentemente do papel que assumimos em relação às diretrizes nacionais das políticas públicas, elas existem e as relações são complexas.

De acordo com Cefai: “uma ação pública só é implementada via estratégias políticas, cálculos econômicos e reorganizações administrativas, onde interesses divergentes vão entrar em conflito” (2013:271). Diante disso, temos outras questões importantes para se observar e que influenciam na pesquisa de campo: as relações intra e interinstitucionais. Além das questões das políticas públicas nacionais, que possuem implantação nas localidades e, portanto, por esta característica de descentralização política e federalismo<sup>41</sup>, há ainda os impasses relacionados aos financiamentos das políticas e como os gestores e setores sociais se articulam para receber os recursos da União.

\*\*\*

*Ela me conta que já trabalhou como RD e que já esteve ligada ao CAPS, mas que não conseguia contratar um agente social. Para todos os profissionais ligados ao CnaR em Campo Grande, a única possibilidade é o concurso. O único profissional que pode ser contratado é o médico. Os demais conseguem ser contratados apenas em casos específicos, como o combate à dengue.*

*Marina demonstrou muita preocupação com essas tramitações burocráticas. Ainda em sua sala, já falara que a equipe estava descontente com o trabalho, porque não haviam recebido uma remuneração que deveriam receber (não entendi muito bem, mas tive impressão que era referente a um plantão noturno). Dessa forma, a*

---

<sup>41</sup> Ver: ARRETCHE&MARQUES (2003).

*equipe não havia aparecido para reunião de equipe que ocorre toda sexta-feira pela manhã (Diário de Campo, 01/11/2013).*

Já em primeira conversa com a responsável pelo Consultório na Rua em Campo Grande, pude perceber os possíveis dilemas da gestão. Há pequenas relações de poder internos na instituição que se transformam em entraves na prática. Neste caso, é clara a dificuldade para formar uma equipe. Segundo normas da Prefeitura Municipal de Campo Grande (PMCG), os funcionários precisam ser concursados. A contratação diferenciada é permitida apenas em casos de emergência, como o combate à dengue. Sendo assim, formar uma equipe tão específica é algo bem trabalhoso. É necessário recrutar dentro do quadro de funcionários, treinar, selecionar as pessoas habilitadas a trabalharem com *temas sensíveis*. E, neste caso retratado por Marina, a preocupação era clara: depois de meses de trabalho e recrutamento, ela corria o risco de perder a equipe porque os pagamentos de plantões noturnos não tinham sido feitos. Dessa forma, a equipe recusava-se a ir trabalhar, enquanto o pagamento não fosse realizado. Nada mais justo. A maior questão ali era: o que fazer diante do risco de perder uma equipe especializada, com meses de treinamento investidos? Esta era a preocupação que tomava conta de Marina naquele dia de conversa. Mesmo assim, ela me explicou várias questões e traçou um panorama do município de Campo Grande.

*Chegamos ao refeitório, pegamos umas cadeiras que estavam em cima da mesa. Sentamos e ela inicia a fala sobre o equipamento de Campo Grande. Sua primeira ressalva é destacar que existe diferença entre consultório de rua e consultório na rua. O primeiro era um equipamento ligado fundamentalmente à Saúde Mental. O segundo, um equipamento ligava à Atenção Básica e, portanto, mais abrangente que o primeiro, pois integra outras necessidades de saúde da população em situação de rua. Diz ainda que as portarias que dão base ao Consultório na Rua (CnaR) são 122 e 123 e que a modalidade de Campo Grande é a 2, embora ainda não se conte com o agente social de RD (reduzidor de danos) (Diário de Campo, 01/11/2013).*

Esta diferença entre os dois consultórios é essencial. Não apenas porque demonstra uma inclinação diferente ao tratar a questão de saúde para moradores de rua, que deixa de ser associada à saúde mental, mas também como institucionalmente cada equipamento se liga a uma área do Ministério da Saúde, o que envolve mais ou menos prestígio e também diferentes mecanismos de financiamento de políticas públicas. Por isso a importância em discutir intersetorialidade no atendimento à saúde da população



em situação de rua. Porque este tema envolve também um diálogo com a intrasetorialidade e integralidade, conceitos importantes para a Saúde Coletiva e a Assistência Social e, portanto, fundamentais para o acolhimento nestes equipamentos.

Em debate no Grupo de Trabalho “O desenho de políticas e direitos em saúde – Mediações pelos caminhos do Estado” no Seminário Antropologia e mediadores no campo das políticas de saúde<sup>42</sup>, uma gestora do Ministério da Saúde, ligada ao Departamento de Atenção Básica (DAB/MS), me comunicou que havia uma disputa entre as áreas, interna e externamente, no que diz respeito ao CnaR. Em primeiro lugar, internamente, no DAB, a questão era onde investir mais recursos, no Consultório na Rua ou no Mais Médicos. Ambos têm abrangência nacional, mas o segundo possui um espectro de atendimento maior, já que se direciona para a população em geral e não uma população em específico, como a população em situação de rua e o CnaR.

Externamente, havia a diferença de financiamentos entre a Atenção Básica e a Saúde Mental. Também há diferenças de prestígio entre as áreas e de dimensão de atendimento. Dessa forma, a Atenção Básica precisa dividir a sua atenção entre todos os serviços que integram a atenção primária (UBS, UPA, ESF, etc.), ao passo que a Saúde Mental tem como foco de atendimento a Saúde Mental, distribuída entre fundamentalmente as diversas modalidades de CAPs (Centro de Apoio Psicossocial). Sendo assim, os recursos para o CnaR precisam ser divididos entre toda a rede da Atenção Básica, que é maior do que a de Saúde Mental, que é mais específica e mais complexa. Não é se estranhar, então, que a migração de Consultório de Rua (Saúde Mental) para Consultório na Rua (Atenção Básica), embora preconizado pelo MS, encontre resistência nas prefeituras que já implantaram o Consultório de Rua.

E ainda, além dos entraves característicos das políticas públicas e seus mecanismos de implantação, ainda há as próprias discontinuidades ou incoerências entre o que se preconiza como uma política – no caso do exemplo a seguir, de redução de danos – e as necessidades de gestão dos corpos insalubres, com condutas desviantes<sup>43</sup>:

*A menina entrou em contato com ela no “murão do Tira” (bairro Tiradentes). Segundo relatos da Marina, este é um dos locais de Campo Grande conhecidos por ser Cracolância. Lara, de 26 anos,*

---

<sup>42</sup> Evento realizado na UnB, entre os dias 2 e 4 de abril de 2014. Nesta oportunidade apresentei o paper “Gestão das ruas e questão social no Brasil contemporâneo: A experiência do Consultório na Rua no Mato Grosso do Sul”.

<sup>43</sup> Ver BARBOSA (2014).

*entrou em contato com a equipe quando já estava grávida. Conseguiram que ela fizesse pré-natal. Estava tudo certo. Segundo Marina, a Lara fez a aproximação e costumava dizer “Minha mente quer, mas meu corpo não deixa”, em relação a uma possível internação. Depois de inúmeras conversas e tentativas, Marina contou que não havia mais alternativas e precisou entrar com pedido de intervenção judicial. “Eu sou totalmente contra internação compulsória, sou redutora de danos, mas era necessário”. Comentou ainda que em conversa com a Lara argumentou que ela [Lara] tinha a escolha de continuar utilizando o crack, mas que o bebê não tinha escolha e que, por conta disso, não restava outra solução. A crise com isso era evidente. Ela relatou que no dia que foram buscar Lara, ela tentara fugir, correu. Marina disse que não correu atrás, porque imaginou que não conseguiria alcançá-la e que assim, ela ainda conseguiria não cair e tudo mais. Pois era uma grávida correndo. O oficial de justiça comentou que em casos como esses, ele deveria fazer a lei ser cumprida e que, portanto, iria com policiais. Assim se fez. Internação.*

*No momento que eu estava conversando com Marina, ela recebeu uma ligação sobre este caso. O parto tinha ocorrido bem. Mas, agora outras instâncias de intervenção: o conselho tutelar iria buscar a criança naquela tarde. A preocupação de Marina era saber para qual abrigo a criança iria. E tentar consolidar o pacto que fizera com Lara de visitas para a filha. Eu perguntei se estava relacionado com a amamentação. Ela disse que não, porque logo Lara tomaria remédios fortes. Depois disse que sim, que tinha a questão da amamentação. Achei a informação meio confusa, mas prosseguimos na conversa.*

*Comentou que de uma próxima vez, não iria com o oficial de justiça buscar qualquer pessoa, que já esperaria no local de recepção (hospital, clínica, etc.). Argumentou que era ruim para equipe, por conta do vínculo que sofria danos, além de ser uma experiência que causa muito sofrimento à equipe... Ela relatou, então, como este caso mexia com ela. Que tentava pensar nos casos de sucesso, como de um casal que tinha sífilis e que tinham convencido os dois a se tratarem. Os dois. E outras pequenas conquistas. Mas, a internação compulsória era algo que a deixava triste (Diário de Campo, 01/11/2013).*

Nesta conversa introdutória com Marina, pude perceber como há diversas crises na gestão das políticas públicas. Sejam elas de ordem pessoal, como na questão do dilema de uma profissional com formação em redução de danos (RD) se ver imbricada à uma busca com policiais de uma mãe usuária de crack, ou seja na questão da baixa valorização de alguns trabalho e problemas de remuneração que colocavam em risco todo um trabalho de formação de equipe.

Todavia, por mais que Marina visse com entusiasmo a realização da minha pesquisa de campo em Campo Grande – porque ela contaria com alguém inteirado das discussões teóricas e que havia se comprometido em ajudar na formação da equipe – por inúmeros motivos a pesquisa precisou ser abortada neste município. Tais como a

resistência da Prefeitura Municipal de Campo Grande, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, em me conceder uma assinatura na folha de rosto da Plataforma Brasil<sup>44</sup>, mesmo depois de ter concedido uma autorização de pesquisa por escrito, depois de amplo processo de negociação. Ou também pelo fato do Comitê de Ética da UNESP de Marília, ao qual meu projeto necessariamente deveria ser vinculado, estivesse em greve por alguns meses no ano de 2014, o que dificultou imensamente a tramitação do projeto no Comitê.

Diante da negativa do município de Campo Grande, ainda tentei contato com a Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social do Município de Bauru, cidade do interior de São Paulo, próxima ao município de Marília, onde cursei o Doutorado na UNESP. Liguei para a Secretaria e fui instruída a mandar um ofício, formalizando por escrito o pedido de pesquisa de campo nos equipamentos no município. Agora a estratégia utilidade era outra: eu tentava a entrada de campo via Assistência Social, na tentativa de escapar ao Comitê de Ética, tramitação que é exigência na Saúde, mas que não é exigência em Ciências Humanas, haja vista a especificidade da pesquisa nesta área do conhecimento.

Embora a estratégia fosse aparentemente boa, mesmo depois de insistir com ligações à Secretaria, cobrando uma resposta, esta resposta nunca veio. Depois de uma negativa não-declarada, mas anunciada pela recusa em assinar um dos documentos necessários para passar o projeto no Comitê de Ética e de outra negativa, também não-declarada, mas feita entender pela ausência de respostas, eu começava a pensar na possibilidade de um estudo teórico e de revisão de bibliografia e análise de documentos oficiais. Todavia, em uma palestra em Jales-SP, sobre Saúde e população em situação de rua, fui convidada pela secretária de Assistência Social e a diretora de Proteção Especial<sup>45</sup> do Município de Jaboticabal-SP a realizar a pesquisa de campo no município de Jaboticabal. Aceito o convite, minha entrada de campo tomou outra dimensão.

---

<sup>44</sup> Plataforma Brasil é uma plataforma online onde, quando queremos passar um projeto pelo crivo de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), devemos preencher um extenso questionário sobre nossa pesquisa com seres humanos – cabe-se ressaltar, um questionário totalmente voltado à pesquisa de orientação biomédica – e, ao final, fazer *upload* do projeto, dos questionários, do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), de uma autorização formal e escrita da instituição onde será realizada a pesquisa e, por fim, de uma página de rosto com os dados do projeto, nossos dados e com a assinatura da instituição onde será realizada a pesquisa. Desta forma, é necessário colher a assinatura de alguém responsável na instituição em dois papéis: autorização formal e folha de rosto gerada pelo sistema Plataforma Brasil.

<sup>45</sup> Proteção especial é a parte da Assistência Social que lida com situações de violação de direitos humanos. O acolhimento à PSR está inserida dentro da Proteção Especial.

### Entrada de campo

Como apontado acima, uma das principais vantagens da pesquisa de campo relaciona-se com a possibilidade de apreender “como o poder circula”. Apenas no acompanhamento diário do acolhimento à PSR que pude entender alguns dilemas cotidianos e como, na prática, funciona a intersetorialidade entre Saúde e Assistência Social, no município de Jaboticabal.

Minha entrada em campo no município de Jaboticabal é muito peculiar: fui convidada a fazer pesquisa de campo neste município. Em palestra em outro município, a secretária de assistência social e a diretora de proteção especial de Jaboticabal me conheceram, gostaram da minha proposta de análise sobre saúde para população em situação de rua e, então, me convidaram para acompanhar o serviço de acolhimento em Jaboticabal.

A primeira vez que estive em Jaboticabal foi em março de 2015, quando tive oportunidade de fazer uma palestra no *I Fórum sobre População em Situação de Rua de Jaboticabal*. Anderson Miranda, do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR), e eu estivemos lá. A fala de Anderson foi um pouco mais pessoal, sobre sua trajetória, a pedido dos gestores, que viram naquele momento uma oportunidade em fazer um debate mais próximo com a população de rua local. A minha sobre a intersetorialidade entre assistência social e saúde no acolhimento à PSR.

Minha pesquisa de campo se concentrou em acompanhar o acolhimento à PSR, tendo como lugar principal de pesquisa a Casa Transitória. Casa Transitória é um equipamento da assistência social que existe em Jaboticabal desde os anos 1990. O perfil de atendimento é de homens, adultos<sup>46</sup>, em situação de rua. Seu objetivo é dar suporte para a saída das ruas e o reestabelecimento desses homens em residências próprias, com emprego que garantam suas vidas domiciliadas.

Desta forma, eu pude acompanhar um dos serviços que é referência para a população em situação de rua de Jaboticabal e, também, circular entre a Secretaria de Assistência Social, sede de trabalho da secretária de assistência social e da diretora de

---

<sup>46</sup> O argumento para este perfil de atendimento é biopolítico: a quantidade de homens em situação de rua supera numericamente a de mulheres, embora também haja mulheres em situação de rua. Desta maneira, independente da vulnerabilidade do gênero feminino nas ruas, que está mais propício à violência, inclusive sexual, não é levada em consideração. Bem como as implicações da gravidez em situação de rua, que requer o acionamento do Conselho Tutelar. A infância em situação de rua tem acolhimento em duas instituições no município: Casa das Meninas (gênero feminino) e Casa do Menor (gênero masculino).

proteção especial. Isto me possibilitou acompanhar a ramificação do serviço de atendimento, em sua ponta que lida diretamente com os usuários, mas também me envolver com questões mais ligadas à gestão. Além disso, também era consultada como pesquisadora do tema e convidada, muitas vezes, a expressar a minha opinião.

### Município de médio porte

*Vejo que em Jaboticabal existe uma boa parceria dos setores públicos em relação ao atendimento médico para o morador de rua. Dentista, psicólogo, psiquiatra ou clínico geral. Os moradores de rua são atendidos com maior rapidez quando são encaminhados pela assistência social do que quando vão procurar por conta própria (Ademir, morador de rua, sobre minha fala no I Fórum sobre População em Situação de Rua de Jaboticabal).*

Já em pesquisa de campo, conversei com um dos moradores de rua presentes no Fórum. Estava um dia na Casa Transitória e ele foi até lá conversar sobre outras questões com a funcionária. Depois veio até mim e comentou que estava presente *naquele evento*. Ademir me contou que tinha escrito algo para falar a respeito da minha palestra, mas não se pronunciou porque esperou uma pergunta mais direcionada a ele. Foi interessante ter este retorno e algo me chamou a atenção: os ambientes para fala dos moradores de rua podem não ser os mais confortáveis para eles falarem. Dois dias depois, para minha surpresa, encontrei as anotações dele entre os prontuários da Casa Transitória.

Diante das anotações de Ademir, reforçadas por uma fala rápida sobre o que escrevera naquele dia do *I Fórum sobre População em Situação de Rua de Jaboticabal*, pude notar a importância da articulação promovida pela assistência social em busca de garantir o acesso à saúde para PSR local. As articulações acontecem em vários níveis: na Casa Transitória, no CREAS e na Secretaria de Assistência Social. Algo complementar a esta questão aparece também na fala de Joana, funcionária da Casa Transitória, sobre o trabalho local. Segundo ela, o trabalho não é difícil, *“é mais necessidade de ficar de babá dos marmanjos”*. E, em algum momento, eu tive a mesma sensação. Parecia que Joana era cuidadora de todos e se preocupava em marcar consultas, indicar os locais de exames, separar a documentação pessoal necessária para o atendimento em saúde no SUS, etc..

A percepção relatada por Ademir sobre a intersetorialidade entre Assistência Social e Saúde e o acolhimento à PSR que acompanhei na Casa Transitória demonstram

algo que penso que seja uma das questões mais importantes em um município de médio porte: as adaptações que precisam ser feitas para colocar em práticas as orientações de acolhimento preconizadas pelas políticas públicas federais. O interesse da gestão em implantar no município o consultório na rua é grande, mas a verba federal específica para este equipamento é disponibilizada apenas para municípios com mais de 100 mil habitantes.

Em várias conversas, tanto com a assistente social da Casa Transitória, como com a secretária de assistência social e com a diretora de proteção especial, apareceu a observação sobre a população de Jaboticabal e a impossibilidade de receber verba federal específica para o consultório na rua e para o CREAS-POP. Atrelada a esta fala, também o questionamento: o que a quantidade de habitantes de uma cidade diz a respeito da quantidade local de população em situação de rua? De qual maneira a informação sobre o número população local relaciona-se à necessidade do município em atender com maiores ou menores recursos a demanda da população em situação de rua?

Jaboticabal é uma cidade de médio porte, atualmente com cerca de 70 mil habitantes. Todavia, está localizada em meio a um entroncamento rodoviário. Há várias saídas da cidade para diversas regiões: a saída para São Carlos dá acesso a São Paulo; a saída para Marília-Assis dá acesso ao Paraná; a saída para São José do Rio Preto dá acesso ao Mato Grosso; a saída para Barretos dá acesso a Goiás-Minas; a saída para Ribeirão Preto dá acesso a Minas-Rio. Esta característica da cidade aparece estampada em forma de mapa no envelope oficial da Prefeitura, com os seguintes dizeres: “Jaboticabal. O entroncamento rodoviário do estado de São Paulo. Estradas de excelente e fácil escoamento da produção”. E, ao fim da figura, ainda uma propaganda: “A prefeitura coopera com as novas indústrias”.

Fica claro no envelope que a localização estratégica para o escoamento de mercadorias é ressaltada como modo de atração de investimento em novas indústrias para a região. Todavia, além de posição estratégica para escoamento de produção, Jaboticabal também é um município atrativo para os *trecheiros*, é local por onde circulam diversas pessoas que estão em trânsito. Alguns *trecheiros* permanecem por mais tempo no município e integram a população em situação de rua local.

Pude acompanhar no atendimento da Casa Transitória várias histórias sobre esta circulação de pessoas. A região de Jaboticabal, além de propiciar a saída para outras regiões e estados, também é atrativa porque oferece empregos sancionais ligados à lavoura e ao cultivo da cana-de-açúcar, por exemplo. É também uma região cercada de

municípios ainda menores que Jaboticabal e, desta forma, o trânsito de pessoas também se relaciona com a busca por outros empregos no próprio município de Jaboticabal.

\*\*\*

Sendo assim, diante da exposição de motivos da pesquisa, de escolhas teóricas, de posicionamento metodológico, esta tese procura debater as políticas públicas destinadas à população em situação de rua, do ponto de vista de seu cotidiano e com vistas à intersetorialidade entre Assistência Social e Saúde, pensando o *dispositivo de gestão* da população de rua, com análises pautadas nos conceitos de *biopolítica*, *tanatopolítica* e *vida nua*.

## CAPÍTULO 2 – SOBRE A CASA TRANSITÓRIA

### Lei de instituição e Decreto de criação da Casa Transitória “Adélia Portella Volpe”

Referência física para mim de pesquisa de campo, ou seja, local onde permaneci a maior parte do tempo durante a pesquisa de campo. *Referência* ao acolhimento da população em situação de rua do município de Jaboticabal-SP. *Referência*, no caso da população em situação de rua, é um termo técnico utilizado na rede de acolhimento tanto pela Assistência Social como para Saúde, para onde determinada população deve se remeter ao procurar atendimento junto às equipes de referência<sup>47</sup>. Sendo assim, as referências para população em situação de rua do município de Jaboticabal são a Casa Transitória e o CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social), de modo que nestes locais, os moradores de rua podem procurar atendimento e encaminhamentos para demais áreas: frente de trabalho, rede CAPS, moradia popular e etc..

A Casa Transitória “Adélia Portella Volpe” teve como marco de instituição a Lei nº 2.382, de 22 de julho de 1995. A regulamentação para sua efetiva criação aconteceu por meio do Decreto nº 3.279, de 03 de julho de 1995, que “dispõe sobre denominação da Casa Transitória para abrigo da população de rua”, além de estabelecer que a Casa Transitória terá verbas próprias para seu funcionamento<sup>48</sup>, consignada em orçamento. Já

---

<sup>47</sup> “Equipes de referência são aquelas constituídas por servidores efetivos responsáveis pela organização e oferta de serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e especial, levando-se em consideração o número de famílias e indivíduos referenciados, o tipo de atendimento e as aquisições que devem ser garantidas aos usuários” (FERREIRA, 2011). Na Proteção Social Básica, a referência é o CRAS (Centro de Referência em Assistência Social), já na Proteção Social Especial, a referência é o CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social). O SUAS (Sistema Único de Assistência Social) é organizado em complexa rede de serviços. A “porta de entrada” é o CRAS, que atende ou encaminha ao CREAS ou a outro equipamento de outra Secretaria, como a rede CAPS (ligada à saúde mental). No caso da população em situação de rua, o atendimento é classificado como “especial” e a referência passa a ser o CREAS ou, no caso de municípios com 200 mil habitantes ou mais, o Centro-Pop (ou CREAS-POP, como era chamado anteriormente). Em Jaboticabal, as instituições responsáveis por esta triagem inicial são a Casa Transitória e o CREAS.

<sup>48</sup> Pelo que pude acompanhar, a Casa Transitória sobrevive com doações e através de verba do “Projeto Migrante”, financiado pelo estado de São Paulo, com repasse de verba anual atual de R\$ 57.334,16. Este projeto prevê compra de passagens para os *trecheiros* e compra de material de consumo para a Casa, especialmente, comida e produtos de limpeza. Todo o orçamento precisa ser bem planejado, porque a verba destinada para Casa Transitória é de uso exclusivo da Casa e, portanto, não pode ser reaproveitada em outros atendimentos da Assistência Social. Quando não conseguem aproveitar todo o orçamento, precisam devolver o dinheiro restante. Administrativamente, isto se constitui em grande problema, porque pode ser interpretado como necessidade de menos verba para o próximo ano administrativo. Quem cuida destas questões orçamentárias é a assistente social responsável pela Casa Transitória.



no *caput* do primeiro artigo da Lei n<sup>o</sup> 2.382 estão contidos os princípios norteadores de sua criação, a saber: “minimizar os problemas sociais gerados pela população de rua, dando-lhes abrigo, sem qualquer distinção de credo, cor e raça, por um período máximo de 2 (dois) meses” (PREFEITURA MUNICIPAL DE JABOTICABAL. **Lei Municipal n<sup>o</sup> 2.382**, de 22 de julho de 1995, Art. 1<sup>o</sup>).

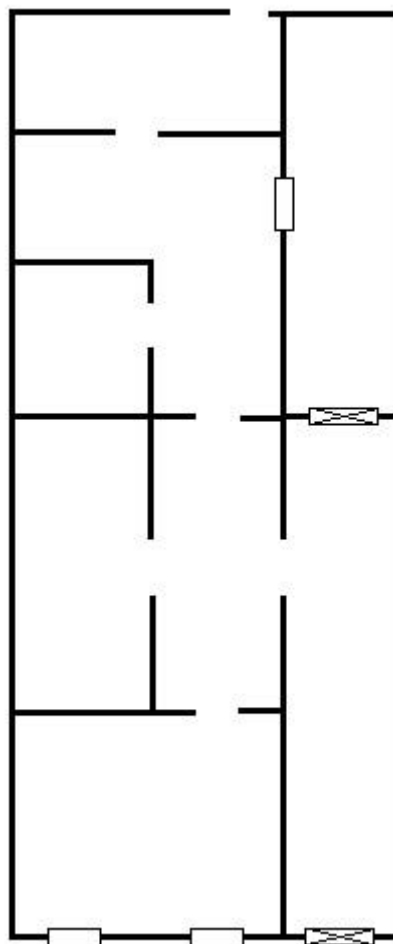
Cabem algumas ressalvas aqui: (1) o objetivo da Casa Transitória é descrito claramente como “minimizar os problemas sociais **gerados** pela população de rua” [negrito meu], ou seja, o enfoque da Lei não é atender às demandas da população em situação de rua e sim minimizar os impactos sociais que a população de rua causa. Desta forma, a provável ideia de higienização das vias públicas está presente; (2) O acolhimento não deve ter como viés o credo, a raça ou a cor, mas tem como viés o gênero: as mulheres adultas não contam com qualquer serviço de acolhimento em Jaboticabal; (3) É determinado que o período máximo de permanência na Casa Transitória é de 2 meses. Todavia, este período é impraticável para pessoas que estão em recuperação e precisam retomar e reestruturar as suas vidas<sup>49</sup>. Ainda, sobre o Decreto n<sup>o</sup> 3.279, destacamos a questão da verba própria. Esta questão apareceu durante o campo em inúmeras vezes.

Depois desta apresentação geral da Lei e do Decreto de criação da Casa Transitória e, também, de onde a Casa Transitória se encaixa na rede de acolhimento à população em situação de rua de Jaboticabal, descreverei as instalações físicas, os funcionários e suas funções e, por fim, a rotina semanal. Essas ressalvas interpretativas sobre os documentos que instituem e organizam burocraticamente o funcionamento da Casa Transitória serão retomadas mais para frente na tese, em momento oportuno.

---

<sup>49</sup> Em conversa com a assistência social responsável pela Casa Transitória sobre o tempo de permanência, ela me explicou que, apesar de estipulado este tempo em Lei, ele é irrisório perto da necessidade real dos residentes da Casa Transitória. Segundo ela, se ela “colocar o residente para fora” dentro deste prazo, sem que o mesmo tenha reestruturado a sua vida, ele vai voltar para a situação de rua. E, sendo assim, novamente será abordado na Abordagem Social de Rua e, como destino, terá a Casa Transitória. Desta forma, ela encurta o processo e permite que os residentes permaneçam na instituição. Porém sempre acompanhando o progresso da reestruturação da vida deles. Pude acompanhar de perto este acompanhamento no caso de A., que estava já com trabalho há alguns meses e construindo “uma casinha” para ele no terreno cedido por seu empregador. Havia uma pressão da Casa Transitória para que ele terminasse logo sua residência, porque eles não conseguiriam justificar sua permanência na instituição por mais muito tempo. A. também estava namorando uma moça que conheceu e participando de reuniões para adictos. Portanto, tudo indicava que a vida dele estava encaminhada. Este, então, era considerado um caso de sucesso.

## As instalações físicas da Casa Transitória “Adélia Portella Volpe”



**Imagem 2** – Planta baixa da casa transitória.  
Arquivo pessoal.

*Depois do evento fomos almoçar. A secretária saiu para uma reunião com um juiz novo na cidade. E a Vânia<sup>50</sup>, sua assessora direta, nos levou para conhecer a casa de acolhimento da PSR. Tanto eu como o Anderson<sup>51</sup> achamos o serviço muito bom, embora ela a todo momento se justificasse por não ter uma estrutura física melhor. Aliás, em relação a isso, ela nos contou que haviam mudado de outra casa (que não comportava o equipamento) com a justificativa de um laudo técnico de que o teto poderia cair. Não se sabe até agora se aconteceria ou não. Mas, foi a justificativa encontrada para mudarem de local.*

*O acolhimento é realizado nesta Casa Transitória. Embora transitória, há alguns residentes fixos, que moram na casa há muito tempo, desde outras gestões. Estes moradores têm, em sua maioria, problemas mentais e, como a gestão não sabia para onde encaminhar estes usuários, encaminhou para a casa transitória. Lá permanecem desde então. Além deles, há os moradores que estão de passagem. E dois cachorros.*

*Eles contam com uma cozinheira, um funcionário que me pareceu de serviços gerais e uma espécie de educadora social. Parece que há mais funcionários, mas conhecemos apenas estes. Lá a PSR conta com espaço para dormir, refeições, banho e doações de roupas, colchões e produtos de higiene pessoal. Também contavam com um oficinairo, que não pode mais ir, então a funcionária que se aproxima de educadora social, realiza com eles trabalhos manuais de artes: fazem quadros, pintam pneus e transformam em vasos de um jardim vertical, etc.*

*Tanto eu como o Anderson ficamos encantados com o atendimento e com o fato de um município como este, com menos de 100 mil habitantes, estar em processo de implantação de CnaR<sup>52</sup> e ter uma rede de assistência social consolidada (**Diário de campo**, 06 de março de 2015 – visita à Casa Transitória depois do “I Fórum sobre População em Situação de Rua de Jaboticabal”).*

O muro cinza com listras coloridas – possivelmente, nas cores da Prefeitura Municipal atual – e faixada já meio desbotada não representam em nada as cores e arranjos internos da Casa Transitória. Fiquei bem impressionada com a minha primeira visita e sempre me encantava novamente nos dias que ali permaneci. Já na entrada da Casa podemos visualizar flores em um jardim vertical no muro do corredor do quintal

<sup>50</sup> Vânia é secretária de proteção especial e assessora direta da Eliete, secretária da Secretaria de Assistência Social Municipal de Jaboticabal. Como ambas são figuras públicas, optei por utilizar os nomes seus nomes reais, obviamente, com o consentimento de ambas. Os demais funcionários são indicados por suas funções e por nomes fictícios. Os residentes da Casa Transitória têm seus nomes reais preservados.

<sup>51</sup> Anderson é o coordenador nacional do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR). Como ele é um figura pública e, também, faz questão de ter seu nome nos trabalhos acadêmicos, optei por deixar o nome Anderson. O nome dele completo é Anderson Miranda e ele esteve comigo no “I Fórum sobre População em Situação de Rua do Município de Jaboticabal”, evento em que realizou uma palestra.

<sup>52</sup> Quando iniciei a pesquisa de campo no município de Jaboticabal soube que o município conta com um “CnaR experimental”, que eles denominaram “Saúde na Rua”. Para ver os valores disponibilizados, consultar a Portaria do Ministério da Saúde que “Fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades” (**Portaria nº 1.238**, de 6 de junho de 2014).

interno. Este jardim vertical foi feito com pneus antigos e pintados, de modo que a entrada seja bonita e bem colorida. Há também enfeites, que são artesanatos que reaproveitam materiais recicláveis, por toda a sala de entrada, que é uma espécie de escritório administrativo. Muitas das vezes, são objetos confeccionados por Joana, assistente administrativa da Casa Transitória, e alguns residentes. Além disso, a Casa Transitória funciona em uma casa com arquitetura peculiar. Ela fazia parte de um complexo de construção civil ligada à determinada antiga e familiar indústria nipônica da cidade. Com o fechamento da indústria, os compartimentos foram desmembrados e a Casa Transitória ocupa fisicamente o local que servira de alojamento para os familiares que trabalhavam na antiga indústria.

Na faixa que está voltada para a rua é possível visualizar um portão de ferro aparentemente inteiriço, mas que possui furos específicos, de modo que quem está do lado de dentro veja a rua com facilidade. E quem esteja do lado de fora, tenha dificuldade em enxergar o lado de dentro. Este detalhe na estrutura da Casa é de grande ajuda no cotidiano de atendimentos, porque é possível enxergar que espera do lado de fora antes de abrir o portão. Ao lado do portão, há duas janelas. As duas possuem grades e, desta forma, é possível que estejam abertas sem que o que está dentro do cômodo das janelas fique demasiadamente exposto à rua. Este é outro detalhe de disposição arquitetônica importante: os objetos pessoais dos funcionários ficam neste cômodo – assim como os meus também ficavam – e, além disso, é possível falar pela janela com as pessoas que estão no portão, sem a necessidade de abrir o portão. Ambas características são igualmente de grande valia no cotidiano de atendimentos da Casa.

Para quem entra na Casa Transitória, logo à frente há um portão baixo de madeira, que fica trancado grande parte do dia (ou apenas encostado, com o cadeado aberto)<sup>53</sup>. Ao lado direito, fica uma porta de metal com vidros, de correr. Esta porta dá acesso ao cômodo que poderia ser descrito como escritório administrativo. É uma sala, não muito grande, que acomoda em seu interior duas mesas, com cadeiras; um arquivo morto de duas torres, com as pastas de acolhimento desde o ano de 1995; um móvel com alguns santos e enfeites; uma geladeira próxima à porta de entrada, onde ficam estocadas as comidas dos residentes, alguma comida dos funcionários e água dos

---

<sup>53</sup> Depois de um tempo descobri que o portão fora colocado inicialmente para separar os cachorros da entrada, porque os mesmos avançavam em algumas pessoas. Depois, virou mais uma barreira física de separação entre “o lado de fora” e o “lado de dentro” da Casa Transitória. Presenciei um residente chegar cansado de uma jornada de trabalho e resmungar que aqui ali parecia uma prisão, cadeado para todo lado. Embora eles tenham permissão para sair da Casa Transitória, a circulação dos residentes dentro da instituição é bem delimitada, assim como o acesso à rua.

funcionários; mais uma cadeira próxima à porta de entrada, onde, normalmente, algum funcionário fica sentado ou se sentam as pessoas que serão atendidas. Há, ainda, no corredor de entrada – que vira uma espécie de antessala ou “sala de espera”, em momento de maior movimento – um banco sem encosto com três lugares e mais uma cadeira.

Para quem está na porta de entrada da sala que acabei de descrever, é ainda possível enxergar uma porta de frente para a porta de entrada, uma porta ao lado esquerdo, que dá acesso ao cômodo das duas janelas voltadas à rua e uma outra porta à direita, que dá acesso ao interior da Casa. A porta diretamente à frente da porta de entrada é uma espécie de almoxarifado. É ali que ficam estocados os produtos de limpeza e de higiene pessoal. A porta do almoxarifado é sempre trancada quando saímos no final do expediente. Este é um compartimento da Casa muito cobijado, especialmente pelos residentes que se encontrem em crise de abstinência, porque eles podem acessar desodorantes com álcool ou outros produtos para tentar amenizar a fissura por drogas.

O cômodo que tem as janelas voltadas à rua também é um quarto de estoque, com um armário com chinelos e roupas, há também potes plásticos sistematicamente organizados em gavetas, identificados com nomes de cada um dos residentes em etiquetas, com os remédios individualizados, comprados em farmácia ou recebidos na rede pública de Saúde. Além disso, há móveis com vários objetos utilizados, em sua maioria, nas atividades de artesanato. Ali também ficam dois bancos de três lugares (como o banco que fica no corredor de entrada). Também conta uma dispensa de comidas e uma pequena mesa onde ficam café e demais comidas para pequenos lanches dos funcionários. Ali perto da mesa também foram acomodadas as canecas do “Sou mais CREAS”, que eu ganhei no CREAS e levei para a Casa Transitória<sup>54</sup>.

Por fim, há a porta à direita de quem entra no escritório administrativo. Esta porta dá acesso ao interior da Casa Transitória e, portanto, onde moram os residentes. Toda esta parte administrativa tem um ritual ao ser fechada. Primeiro se deve fechar a porta que dá acesso à parte interna da Casa. Um dos residentes tem uma cópia da chave

---

<sup>54</sup> Voltarei a esta questão em momento oportuno. Vale destacar que a história das canecas demonstra bem a relação da Casa Transitória com os outros equipamentos da Assistência Social e como os funcionários da Casa se enxergam perante aos outros.

e pode acessar o cômodo administrativo para pegar os alimentos do café da manhã<sup>55</sup>. É importante tirar a chave da fechadura, para que o residente responsável consiga abrir a porta no dia seguinte, pela manhã. Depois o almoxarifado é fechado. A chave que fecha a porta do almoxarifado fica dentro do quarto de estoque/dispensa. A chave fica guardada num quadro de chaves. Ali também ficam outras chaves. E um arquivo morto com as pastas dos residentes atuais da Casa Transitória, com os documentos pessoais, informações do acolhimento e da permanência na Casa em fichas de prontuários e, também, dinheiro que eles tenham quando entraram na Casa ou que recebam via Programas Assistenciais, Frente de Trabalho, doações de familiares, etc..

Desta forma, o quarto de estoque/dispensa é o que armazena as informações e os objetos de maior importância e valor. Então, o procedimento de fechar a parte administrativa da Casa transitória consiste em: (1) fechar a porta que dá acesso à parte residencial; (2) fechar o almoxarifado e guardar a chave no quadro de chaves do quarto de estoque; (3) guardar os documentos e pastas dos residentes atuais da Casa e fechar o arquivo (a chave do arquivo fica em posse da assistente social e outra cópia fica com uma funcionária administrativa) e, por fim; (4) fechar a porta do quarto de estoque e fechar a porta de vidro. Quando esta rotina é realizada pelo João Pedro – motorista e abordagem de rua da Casa Transitória – ele ainda guarda os bancos do corredor da frente, “*para que os guardas noturnos não durmam neles*”<sup>56</sup>. Normalmente, o portão que dá acesso à rua é aberto e fechado pelo guarda noturno. O guarda noturno é o único funcionário a permanecer na Casa Transitória durante todo o período da noite. Aos finais de semana, os residentes ficam sozinhos e se revezam em tarefas domésticas. Eles, ainda, possuem o telefone da assistente social e, quando há alguma ocorrência mais grave, ligam para ela.

---

<sup>55</sup> Há divisão de tarefas na Casa Transitória. O residente que tem a chave do cômodo administrativo é encarregado de fazer o café da manhã e fica responsável pela chave. A cama dela fica na direção da porta, em um quarto individual adaptado no corredor que dá acesso à copa/sala da Casa Transitória.

<sup>56</sup> Embora o clima de trabalho na Casa Transitória seja bem descontraído e amistoso, há também uma vigilância mútua dos funcionários. Desta forma, o João Pedro reclama que os vigias noturnos não ficam em alerta e dormem no banco do corredor durante a vigilância noturna. Sendo assim, ele guarda os bancos do lado de dentro da parte administrativa, para que não sejam usados como “cama improvisada” pelos guardas no turno de trabalho.

## O corpo de funcionários da Casa Transitória “Adélia Portella Volpe”

A Casa Transitória funciona com poucos funcionários, que consistem em: uma assistente administrativa (Joana), um motorista (João Pedro), uma cozinheira (Cleusa) e uma assistente social (Letícia). Ainda há uma funcionária de limpeza (Rosa) e um oficinheiro (Leandro), além de dois guardas noturnos<sup>57</sup>. Também são constituintes da rede de contato da Casa Transitória a psicóloga responsável pelo CAPS (Annelise), a psicóloga do CREAS (Paula), a secretária de Assistência Social (Eliete) e a sua assessora direta, diretora da proteção especial (Vânia).

Devido à impossibilidade de contratação de novos assistentes sociais, de acordo com a lei de controle fiscal, Letícia se divide entre a Casa Transitória e o CREAS. Desta forma, sua rotina fica da seguinte forma: **Segunda/Quarta/Sexta-feiras**: das 7h às 9h; **Terça-feira**: das 16h às 19h; **Quinta-feira**: das 15h30 às 18h30. Tal horário influencia bastante o acolhimento na Casa Transitória, porque a Letícia – como assistente social responsável pela Casa Transitória – é a única que pode realizar o acolhimento. Desta forma, se alguém procurar a Casa Transitória depois das 9h da manhã da sexta-feira, será atendimento apenas às 7h da manhã da segunda-feira seguinte, haja vista que o acolhimento não é realizado nos finais de semana.

## A rotina semanal da Casa Transitória “Adélia Portella Volpe”

### Segunda-feira

*Segunda-feira após festa de comemoração de aniversário de Jaboticabal (Festa do Quitute). É assim que começa meu campo no município. Se todas as segundas-feiras já são dias complicados para a população de rua, esta especificamente parece-me, logo de cara, especial [...]*

*Em algum momento nossa conversa é interrompida por alguém no portão. É Diogo. Ele pede para entrar. Segundo as informações que me passaram, ele tem muito problema com álcool e, devido a isso, tem convulsões frequentes. Depois de uma conversa, permitem que ele entre e ele segue para o banho. Outra questão da gestão do dia-a-dia aparece: a dispensa de comida está quase no limite. O estoque é bem baixo. As comidas típicas de festa junina ainda não chegaram. Cogitam pedirem os alimentos específicos em fevereiro no ano que*

---

<sup>57</sup> Tanto a funcionária da limpeza como os guardas noturnos são funcionários ligados à Frente de Trabalho. E, portanto, seus contratos de trabalho duram no máximo 3 meses. O oficinheiro e a assistente administrativa são prestadores de serviço. O motorista é cargo nomeado (de confiança) e a cozinheira e a assistente social são concursadas.

vem, para que haja tempo suficiente para a entrega no período da festa junina.

Ainda, segunda-feira é especial para se pensar o estoque de comida: aos finais de semana quem toma conta da cozinha são os próprios residentes. Desta forma, esta era uma segunda-feira volta de feriado prolongado e, desta forma, o assunto sobre a cozinha no final de semana era a quantidade de óleo gasta pelos residentes: 2 ½ L. Muita coisa. Muita coisa em um momento de recessão.

Outro residente que estava na rua aparece ao portão. É Saulo. Ele vem acompanhado de Ademir, que o traz para a Casa, porque, segundo os critérios de Ademir, o Saulo não tem condições de ficar nas ruas. Ademir é a segunda geração em situação de rua. Filho de morador de rua, ele nasceu na rua e nela permaneceu até a fase adulta. Portanto, ele não se adapta à residência na Casa Transitória [...]

Em algum momento o telefone toca. Já estava na hora da assistente social ir embora, assumir o serviço no CREAS. Ao telefone alguém avisa que a Vânia vai atrasar um pouco para a reunião que marcou comigo. Olho para o relógio e já são quase 9h. A assistente social arruma suas coisas, deixa a chave do apartamento comigo e segue para sua jornada de trabalho com locais diferenciados. Depois de algum tempo a Vânia chega à Casa. **(Diário de campo, 20 de julho de 2015 – primeiro dia de campo)**

A segunda-feira começa com o David escutando música alta. A Letícia – assistente social da Casa Transitória – já havia pedido para ele diminuir o volume, mas mesmo assim ele continua. Tenho a impressão que ele anda tensionando com as pessoas do atendimento. Apenas não entendi ainda onde ele quer chegar com tal comportamento. Depois deste primeiro estresse com ele (o João Pedro também interfere na questão da música alta). Mais tarde, o João Pedro leva o David ao SAUAD para seu atendimento. De lá ele vai voltar a pé, sozinho.

Renatinho aparece aqui na frente, depois da área do portão de madeira, pedindo para sair. Já haviam me contado que ele sempre pede para sair da casa. Letícia responde que só depois do café da manhã e pergunta “Você quer ir embora? Não quer vai sentir saudades da gente?”. Ele responde que sim, mas que quer ir embora. Depois a assistente social me conta que eles respondem sempre algo assim e que depois ele esquece que pediu para ir embora. Que é o modo mais fácil de convencê-lo a ficar. Ele tem algum tipo de doença mental. E hoje estava reclamando de dor nos dentes.

No final de semana, além do caso de convulsão do Douglas, houve um atrito do Ronaldo com o guarda noturno. O Ronaldo é portador de alguma deficiência mental. Ele fica o dia inteiro na APAE e retorna para Casa Transitória ao final do dia. Ele costuma ser um moço comportado, mas, às vezes, ele fica violento. O comportamento dele está melhor depois do acompanhamento no CAPS e as doses de haldol. Mas, ele deveria estar em outro equipamento, que poderia o acolher melhor em suas necessidades.

O João Pedro retorna da rua. Já são 8h25. Pergunto para ele se o Marcos deu algum sinal da vida. Na semana passada, quando fui com o João Pedro na abordagem social de rua, ele combinara com o Marcos que se ele quisesse ir para o assentamento onde a filha dele mora com o genro, ele daria carona ao Marcos. Mas, para isso era



*necessário que ele estivesse às 8h00 na Casa Transitória. Antes de sair o João Pedro conta essa história para a assistente social, ela pede que ele passe pela praça antes de ir, “por descargo de consciência”, porque pode ser que o Marcos queira ir sim para o assentamento. Ele passou, mas não achou ninguém por lá.*

*Depois quem aparece aqui na frente é o Valdomiro. Eu falo para ele: “Bom dia, Valdomiro”. Ele me responde: “Bom dia nada. Caiu as pernas...”. Sempre me dá uma má sensação estas frases. Antes era porque parecia que ele queria matar alguém com a frase “vai morrer”. Mas, agora que sei que ele viu a mãe ser morta e esquartejada, sempre lembro de quão triste foi a vida dele.*

*Depois dessa primeira parte da manhã, apareceram 4 atendimentos, mais ou menos ao mesmo tempo: o José; a esposa do David; o Evaristo e o Lucas. (Diário de campo, 27 de julho de 2015).*

*Na Casa Transitória, fico sabendo que Valdomiro e Renatinho [dois residentes da Casa] quase brigam pela manhã. Como Joana e Letícia já haviam me falado, segunda e sexta-feira é sempre uma loucura. Importante é destacar que Valdomiro e Renatinho se comportam muito bem no final de semana, sem a presença dos funcionários. “A impressão que dá é que eles querem chamar a atenção, como crianças”, alguém comentou.*

*Também, a perua da Casa Transitória quebrou pela manhã, antes de ir para o assentamento. Joana apenas comenta: “É segunda-feira...” (Diário de campo, 10 de agosto de 2015).*

Segunda-feira é um dos dias mais movimentados e importantes da Casa Transitória. Vários motivos podem ser destacados, dentre eles, a questão de ser o primeiro dia útil depois do final de semana. Como já ressaltado acima, os residentes da Casa ficam sozinhos no final de semana. Então há sempre ocorrências a serem relatadas. Em casos graves, eles chegam a ligar durante o final de semana no telefone pessoal da assistente social da Casa:

*Domingo. Retorno à Jaboticabal. A Letícia vai me buscar na rodoviária. Falamos um pouco do nosso final de semana. Depois de algum tempo de conversa, o celular dela toca. Ela atende. É o Antônio, residente da Casa Transitória. Ele liga para informar que o Douglas teve duas convulsões. Eles chamaram a ambulância, mas ele não quis entrar. Estão preocupados. A Letícia combina com Antônio que se houver mais um episódio de convulsão que ela descerá até a Casa para convencer o Douglas a ir com a ambulância (Diário de campo, 26 de julho de 2015).*

Na primeira segunda-feira em que eu acompanhei o acolhimento na Casa Transitória, havia um falatório sobre dois residentes que haviam pulado o muro para ir à “Festa do Quitute”. Um voltou para casa, pulando o mundo de volta. O outro ficou pelas

ruas e apareceu dias depois pedir ajuda na Casa<sup>58</sup>. As saídas são permitidas, quando autorizadas, por meio de uma espécie de “passaporte” que tem o nome do residente, o horário e dia de saída e de chegada da rua. Eles devem pedir esta autorização na sexta-feira e entregar o papel para o vigia que estiver de plantão no dia da volta. Sem a permissão, eles não tem o direito de entrar novamente na Casa Transitória<sup>59</sup>. Pelo menos, não antes de conversar com a assistente social. Esta é uma falta grave, que pode culminar no desligamento do residente da Casa.

Desta forma, como há sempre a possibilidade de saída não-autorizada de algum residente e pequenos conflitos na Casa durante o final de semana. A segunda-feira é movimentada com várias informações. O expediente na Casa começa às 7h da manhã. Normalmente, antes das 9h, já aconteceram muitos atendimentos e o fluxo de informações já foi alto. Não existe exatamente um *pacto de caguetagem* entre os residentes e os funcionários. Mas, mesmo sem perguntar sobre, os funcionários sempre ficam sabendo o que houve no final de semana na Casa. Quando, por exemplo, no final de semana que os residentes receberam visita não-autorizada na Casa Transitória. Como eles não estão presos na Casa Transitória – embora haja limitações à sua liberdade – os residentes ficam com uma chave do portão. Eles são orientados a não abrir o portão, tanto para saídas não-autorizadas, como para entrada de pessoas de fora, mas, às vezes, este acordo é burlado.

É importante destacar também que o final de semana é um momento de tensão porque alguns residentes da Casa deveriam estar, na verdade, em uma instituição de Saúde Mental. Todavia, possivelmente, depois do processo de fechamento dos manicômios e abertura da rede CAPS, houve um hiato de atendimento, e algumas pessoas ficaram sem destino certo. Os manicômios se constituíam em hospitais de

---

<sup>58</sup> Os dois são David e Lucas. David quem pulou o muro de volta. Lucas conviveu muito com o pessoal da Casa Transitória enquanto estive lá em 2015. Todavia, ele não permaneceu dentro da instituição em nenhum dia. Apenas foi buscar ajudas pontuais na Casa.

<sup>59</sup> Esta é uma característica que aparece em outras instituições. Segundo o relato de Boldrin (2015) os indivíduos em tratamento hospitalar de tuberculose – que, em sua maioria também são pessoas em situação de rua – são internados quase sempre compulsoriamente. E, embora haja o discurso que é permitida a saída do hospital, a segurança pública é imediatamente comunicada em casos de pacientes que saem da internação sem autorização prévia. Tuberculose é uma doença de alto contágio e, desta forma, possui notificação compulsória. A alternativa ao tratamento hospitalar é o ambulatorial. Mas, se alguém – em sua maioria, pessoas em situação de rua – faltar a uma dose de remédio, imediatamente é internada compulsoriamente. Boldrin (2015) faz pesquisa de campo em centro de referência de tratamento hospitalar de tuberculose, no hospital “Nestor Goulart Reis”, localizado no município de Américo Brasiliense-SP. Nunes (2016) também percebeu algo semelhante nas Comunidades Terapêuticas onde realizou pesquisa de campo. O que nos leva à reflexão sobre a porosidade de instituições que antes foram classificadas como “instituições totais” (Goffman, 1961), pois estas se comunicam cotidianamente com o mundo externo. Mas, também, tentar entender que tipo de liberdade existe para as pessoas internadas, especialmente, em casos que envolvem o argumento de “cuidar da saúde”.

tratamento intensivo de Saúde Mental, onde os pacientes eram residentes<sup>60</sup>. Com a passagem para a rede CAPS, houve ausência de uma instituição de acolhimento em tempo integral<sup>61</sup> e muitas pessoas com sofrimento mental grave acabaram por se tornar andarilhos ou, ainda, ser acolhidos em outros atendimentos menos indicados. Desta forma, a Casa Transitória abriga hoje um moço, Ronaldo, que faz acompanhamento na APAE durante o dia e frequenta atividades no CAPS do município. Sua condição de saúde é tão grave, que no tempo de permanência na APAE, ele conta com um enfermeiro exclusivo para ele. Todavia, na Casa Transitória ele fica sozinho e outros residentes – com quem ele, eventualmente, estabelece vínculo – que tentam o acalmar quando ele se altera. Em um final de semana, durante o primeiro período de pesquisa de campo em que estive na Casa Transitória, ele “*foi para cima do guarda noturno com um cabo de vassoura*”. Com muito custo David conseguiu o acalmar e o convencer a voltar para cama e dormir.

Além deste residente, a Casa Transitória ainda conta com mais 4 residentes que vão ao CAPS frequentemente, principalmente, porque lá administram haldol, medicamento que os deixa mais calmos<sup>62</sup>. Valdomiro é um caso emblemático para pensar as diversas formas de institucionalizações e instituições que podem passar pela vida de um sujeito e como tais instituições são incapazes de auxiliá-los em suas demandas. Valdomiro é um dos residentes mais antigos da Casa Transitória. Conversando com a funcionária administrativa da Casa, ela me relatou que moradores antigos da cidade conhecem a história de Valdomiro desde a sua infância<sup>63</sup>. Quando criança, ele frequentou a APAE. Depois há um hiato nos relatos, dizem que ele

---

<sup>60</sup> Há inúmeras denúncias de maus tratos de pacientes em hospitais psiquiátricos no Brasil. O tema foi reavivado ultimamente nos jornais devido à nomeação de Valencius Wurch para coordenação de Saúde Mental no Ministério da Saúde, indicado pelo ministro Marcelo Castro, em dezembro de 2015. Valencius Wurch encontra resistência de trabalhadores da Saúde Mental defensores da Reforma Psiquiátrica em curso no país, porque foi diretor da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, na baixada fluminense, instituição onde se legitimava eletroconvulsoterapia, entre outras práticas consideradas desumanas e combatidas por partidários da Reforma Psiquiátrica. Trabalhos como o de Arbex (2013) utilizam o termo “holocausto brasileiro” para designar este período da história da Saúde no Brasil.

<sup>61</sup> Há as residências terapêuticas. Todavia, o número de instituições no Brasil não dá conta da demanda. E, ainda, é disponibilizada – como na maioria dos recortes das políticas públicas – para municípios de grande porte. Em municípios como Jaboticabal, especulo que a chance de pessoas com sofrimento mental grave, sem vínculos familiares, terem como destino as ruas é muito alta. Em artigo sobre avaliação das Residências Terapêuticas no SUS, Furtado (2006) argumenta que o número de Residências Terapêuticas (RTs) “está aquém do necessário, se considerada a clientela em potencial” (p.785). E, desta forma, é um gargalo da implantação do novo sistema de acolhimento em Saúde Mental. O CAPS-III, que é 24 horas, também só está disponível em município de grande porte.

<sup>62</sup> Vão ao CAPS e estão em tratamento medicamentoso com haldol: Valdomiro, Wando, Saulo, Ronaldo e André.

<sup>63</sup> Voltarei à trajetória de vida dele com mais calma em momento oportuno.

desapareceu. E voltou a aparecer nas ruas. Foi, então, no final da década de 1990 encaminhado para a Casa Transitória. Ele tem sofrimento mental grave, oriundo, provavelmente, do fato de ter visto o pai matar e esquartejar a mãe quando criança. Deveria ter tido acolhimento específico na Saúde Mental, mas, ao invés disso, foi parar nas ruas, trabalhando com um adulto que o explorava e detinha, especulam, sua guarda. Provavelmente, quando ele era criança (anos 1960)<sup>64</sup>, não existia ainda rede eficiente de acolhimento psicológico. O Brasil ainda não havia passado pela Reforma Psiquiátrica e ele morava afastado de grandes centros médicos de atendimento em Saúde Mental.

Valdomiro, segundo relatos de João Pedro, sempre foi conhecido na cidade. Portanto, ele sempre era visto pelas ruas. Há relatos de que quando era mais jovem, as crianças costumavam brincar com ele, aprontando travessuras. A resposta de Valdomiro era um rompante violento, com corrida atrás das crianças, que se divertiam às custas de seu estado de paz nas ruas. Ele, ainda hoje, é um homem forte, com estrutura óssea e muscular que indicam bom condicionamento físico em sua juventude. Desta forma, ele ainda é um homem que oferece riscos num embate físico de disputa de qualquer ordem. Quando Valdomiro e Renatinho *se estranharam* no final de semana e ficamos sabendo na segunda-feira, falamos para Renatinho tomar cuidado e não provocar, porque ela facilmente seria abatido por Valdomiro.

Renatinho é um residente com saúde mais debilitada. Quando ele sai da Casa Transitória, sempre volta em condições precárias de saúde e conservação de higiene corporal. *Ele foi achado arrastando a bunda na estrada...*, alguém me contou, indicando que ele não consegue andar e se rasteja pelo chão. Não se sabe muito sobre ele. Apenas que ele morou por muito tempo nas ruas de Araraquara, município maior próximo à Jaboticabal. Todavia, a Casa Transitória já entrou em contato com a Assistência Social de Araraquara e não conseguiu nenhuma informação sobre Renatinho. Ele tem cerca de 60 anos também. Vive pela Casa resmungando e falando frases não muito simpáticas a todo mundo, no estilo mais clássico de um rabugento. Ele precisa de tratamento médico para o câncer que tem na boca, mas se recusou ao tratamento na última vez que foi ao hospital de Ribeirão Preto<sup>65</sup>. Uma das grandes

---

<sup>64</sup> Valdomiro tem hoje 62 anos de idade. “Nascido em 05 de dezembro de 1953, sua data de matrícula na Casa Transitória é de 17 de dezembro de 1998. Com uma saída em 30 de setembro de 2003 e um retorno em 19 de janeiro de 2004, ele permaneceu, quase que intermitentemente, 17 anos até o momento na Casa. Triste. Quando me dou conta disso quase começo a chorar diante do prontuário dele” (**Diário de Campo**, 21 de julho de 2015).

<sup>65</sup> Quando não há atendimento médico específico em Jaboticabal, os residentes da Casa Transitória são encaminhados para cidades maiores da região, como Ribeirão Preto. Há toda uma burocracia para tal

preocupações depois era o fato do remédio controlado para dor estar no final e qual seria o humor dele quando a dor *apertasse* e não houvesse mais medicamento para amenizar. Além disso, como o município é de pequeno porte, uma nova consulta, exigiria espera na fila do Hospital das Clínicas em Ribeirão Preto e mais uma viagem para o atendimento.

### Terça-feira

*Pela manhã Cleusa já conversa com João Pedro sobre o David: “ele está caçando briga e folgando com a TV da Casa. Só ele vê. Esquece que tem os outros. E fica ouvindo música alta”. David andou meio barulhento demais na Casa, realmente. Além disso, ele deu umas respostas quase ríspidas. Acho que deve ter algo que o incomoda.*

*Depois o Antônio apareceu aqui no escritório e contou, depois que eu perguntei, que na sexta-feira o Ronaldo fez xixi na cama e o guarda pediu para ele se trocar ou algo assim. Ele ficou bravo e “foi para cima do guarda” com um cabo de vassoura. O guarda conseguiu segurá-lo e tirar o cabo de vassoura da mão dele. O David, residente da Casa que melhor estabeleceu vínculo com o Ronaldo, conseguiu ajudar o guarda a se livrar da situação. Conseguiu acalmar aos poucos o Ronaldo, que aceitou trocar de roupa e depois dormiu. Antônio então saiu para comprar as coisas dele na farmácia.*

*Na primeira parte da manhã alguns residentes vieram até o escritório buscar os produtos de higiene pessoal. A rotina é bem simples: eles pedem, eu marco os produtos, coloco a data e assino. Eles levam o(s) produto(s). Cada um tem uma divisória em um fichário, onde todas essas anotações são feitas. A Letícia me contou na noite anterior que eles estão para fazer um inventário desses produtos. Porque tem residentes que sempre pegam shampoo, desodorante e outros produtos, semanalmente. Conversamos que provavelmente não é necessário pegar essa quantidade sempre (Diário de campo, 28 de julho de 2015).*

---

encaminhamento. Além da necessidade dos documentos pessoais e cadastro no SUS, com carteirinha e número de atendimento, é necessário encaminhamento de um médico de Jaboticabal e entrar em longa fila de espera para o atendimento. A espera, às vezes, é tamanha que o residente já não se encontra mais na Casa. No caso de Renatinho, como ele estava na Casa no momento da consulta, a frustração se deu por recusa ao atendimento. O médico disse que não poderia tocar no paciente sem consentimento do mesmo. Quem o acompanhou à consulta em Ribeirão Preto foi João Pedro. Isto demandou dele sair de Jaboticabal às 5h da manhã e aguardar pelo atendimento até horário próximo do almoço. Quando conversei com ele sobre o assunto, ele estava muito bravo por ter “acordado cedo e perdido o dia à toa”. Devido à viagem, a carga horária diária de trabalho de João Pedro fora cumprida. Ele não voltou à Casa Transitória naquele dia. E a Casa Transitória teve que esperar pelo dia seguinte para resolver algumas questões que dependiam de João Pedro para serem resolvidas. A recusa de Renatinho em ser atendido no hospital em Ribeirão Preto foi caso de grande transtorno para a Casa Transitória. Além disso, quando estas consultas dependem de “favores” e “encaixes” no atendimento médico, os pedidos futuros da Casa Transitória podem perder credibilidade.

**Reunião para discussão do caso de Rosália (Vânia, Annelise, Paula, Aline)**

Mesmo com a carona de João Pedro, chego atrasada e Vânia já está falando sobre o caso. Comenta, logo de cara, que o médico propôs alta progressiva. Ou seja, se a Rosália tiver uma recaída, pode voltar com o SAMU para o Hospital Santa Tereza (HST). Segundo o médico, ele não pode continuar com a Rosália internada porque ela já está em condições de alta e, desta forma, pode ser considerado cárcere. A agressividade e outros sintomas estão associados ao uso.

Rosália foi conhecida na abordagem de rua. Durante um período, ficou bem (cerca de 1 anos e 2 meses). Mas, entrou em um banheiro onde tinham usado e ela surtou. Ficou em Bebedouro, segunda ela mesma, “hibernada” (em uso). Ainda, perdeu a vaga em um local, foi expulsa de outro (porque ajudou uma adolescente a fugir da instituição). Referência para ela neste caso: CAPS e CREAS. Pensar ações conjuntas com trabalho, moradia, família e algum benefício que tenha direito de receber (devido a um companheiro que faleceu). Fica agendada uma reunião com o médico para conversar sobre o caso no HST, para o dia 13/08, às 9h (**Diário de campo**, 04 de agosto de 2015).

Terça-feira começa com Renatinho e Valdomiro no portão de madeira pedindo para ir embora. Como Renatinho recusou tratamento no HC de Ribeirão na semana passada, ele não tem a receita do remédio para dor. Aparentemente, quando mais ele sente dor, mais ele diz que quer ir embora. Os dois depois se acalmam, com algumas intervenções.

João Pedro mais uma vez fala que alguns dos residentes são “parasitas do sistema”, porque não se interessam em ir embora. Neste caso, ele se refere ao Adriano, que chegou meio mal-humorado e falou “parece que a gente vive confinado aqui com este tanto de portão” [...].

Quando Letícia chega, Joana pergunta para ela se seria possível ligar para o IML de Ribeirão Preto para tentar apurar a história do Robson, já que o irmão tinha comentado que ele não ficava tanto tempo assim sumido. Letícia concorda e liga. No IML ninguém com as características do Robson foi enterrado como indigente. A moça que atende orienta que os parentes façam boletim de ocorrência para indicar que Robson está desaparecido, assim todos os IML’s da região serão notificados e ficará mais fácil ter algum retorno, caso Robson tenha falecido realmente. Sugere também que ligue ao CETREM, em Ribeirão Preto, para verificar se houve passagem de algum Robson por lá. Letícia liga e o homem que atende diz que tinha acabado de procurar um Francisco na listagem do caderno e que não havia nenhum Robson. Depois comentamos que provavelmente ele não saberia dizer sem olhar novamente na listagem, mas como ele se recusou a olhar novamente, ficamos sem essa informação.

Além disso, quando Dionísio chega, ele avisa Letícia que Leandro (da abordagem noturna) foi estúpido com o outro guarda. Leandro é alguém de relacionamento mais complicado e Letícia pede para que ele sempre comunique alguma outra possível situação tensa envolvendo o Leandro, especialmente se for com algum residente da Casa Transitória (**Diário de campo**, 11 de agosto de 2015).

Terça-feira é o dia da entrega de produtos de higiene pessoal aos residentes da Casa Transitória. Eles tem o período da manhã para irem retirar os produtos. Eles pedem o que precisam e é anotado em um fichário com divisórias que separam os nomes deles e seus consumos individuais. Como há separação de tarefas entre os residentes, na semana em que fiquei ajudando devido às férias da Joana, o David veio retirar o material de higiene pessoal dele e de mais dois residentes, cuja higiene pessoal era responsabilidade de David.

Na semana em que eu fiquei auxiliando nas questões administrativas na Casa Transitória, eu quem entreguei os produtos. Foi uma experiência muito valiosa para eu entender algumas rotinas que tinham passado despercebidas até o momento. Para os residentes que acabaram de chegar, o desodorante oferecido é sem álcool e sem cheiro, do tipo *roll-on*. Porque os que acabaram de sair das ruas, muitas vezes, ainda estão viciados em álcool ou outras drogas e, portanto, precisam ficar longe de alguns produtos que os induzem ao uso. Daí pude perceber que os residentes diferenciam o desodorante *roll-on* do desodorante de espirrar, porque chamam o segundo de *perfume*. Além dos desodorantes, há ainda entrega de xampu, sabonete, creme dental e lâmina para barbear. Eles também podem pedir roupas e calçados, que ficam estocados na sala de estoque. Roupas e calçados são comprados ou fruto de doações.

Além desta característica das terças-feiras, é possível perceber também como com o passar das semanas os comentários dos meus interlocutores de campo vão ganhando menos filtros. João Pedro sente-se à vontade para dizer que alguns residentes são *parasitas do sistema*. Ou seja, diz claramente que eles não querem se recuperar e ficam na Casa Transitória porque é cômodo: possuem cozinha, comida, onde dormir, etc.. Além disso, ele faz uma pequena crítica ao Bolsa Família e à possibilidade de cadastrar a população em situação de rua. Segundo ele, os próprios residentes da Casa ou os moradores de rua se referem a esta possibilidade como “*Bolsa Noia*”.

Cabe aqui, então, fazer uma pequena observação, que será retomada mais adiante: além de todo problema existente na construção das políticas públicas, devido aos seus recortes e a sua própria natureza – pensando no argumento de Foucault (2005) sobre *população e biopolítica*<sup>66</sup> – há ainda as distintas camadas de aplicação das políticas públicas. Há distância geográfica e de conhecimentos entre os *policymakers* e os aplicadores das políticas públicas nas ramificações do acolhimento.

---

<sup>66</sup> Ver FOUCAULT, Michel. **Em defesa da Sociedade**, especialmente a discussão sobre biopolítica e biopoder na “Aula de 17 de março de 1976”.

Independentemente do movimento nacional das políticas públicas ser o de garantia de direitos da população em situação de rua, João Pedro, responsável pela abordagem social de rua e, portanto, peça fundamental para política de acolhimento da Casa Transitória funcionar, é contrário aos benefícios da Seguridade Social para população em situação de rua e, em alguns casos, os consideram *parasitas do sistema*.

Além disso, terça e quarta-feiras, normalmente, são os dias das reuniões. Não sei se por acaso, ou se porque segunda e sexta-feiras são dias mais corridos. Sendo assim, eu pude participar da reunião para discutir o caso de Rosália, que é um caso famoso de mulher em situação de rua no município. Discussão que também será retomada mais à frente, no capítulo sobre marcadores sociais da diferença e na parte sobre gênero. Todavia, é necessário destacar que este é um dos casos que mais me chamou atenção em Jaboticabal. Porque ela é uma pessoa que suscitou vários tipos de intervenção – expoente para exemplificar a gestão conjunta entre Assistência Social, Saúde e Segurança Pública – e, mesmo assim, não teve uma resolução definitiva ou atendimento às suas demandas.

Também, devido à rotina de trabalho da assistente social na Casa Transitória, terça-feira é um bom dia para tentar localizar outras informações. Já que Letícia chega na Casa Transitória às 16h e vai embora às 19h, portanto, além de ficar 3 horas, é o momento do dia em que as principais questões já foram resolvidas e ela tem tempo de pensar com calma questões burocráticas ou mesmo fazer buscas de informações, como no caso de Robson.

Robson há um bom tempo desaparecera das ruas de Jaboticabal. Partes fragmentadas das possíveis histórias chegaram aos poucos à Casa Transitória. Primeiro chega a informação que ele foi para Ribeirão Preto. Depois que ele foi “fugido” para Ribeirão Preto. Depois que ele apanhou por lá, segundo relatos de outro homem que estava com ele e que fugiu. Depois, ainda, que ele se envolveu em um assalto a um velhinho na cidade e que os filhos do senhor seguiram ele e o outro homem envolvido no roubo e espancaram Robson. Havia a suspeita de que ele tivera morrido. O irmão dele pediu notícias na Casa Transitória, porque ele ficara muito tempo sem dar notícias, o que não é um comportamento padrão de Robson.

As histórias são sempre contadas de forma fragmentada e formam imensos quebra-cabeças que nem sempre se encaixam para formar algo que faça sentido. Diferentemente do que ocorre na escuta durante a pesquisa de campo (com observação participante) de falas que surgem pelas demandas de nossos interlocutores, à assistente



social cabe perguntar, criar a demanda de fala, anotar, verificar dados, ligar para números de telefones registrados, descobrir os laços familiares que essas pessoas ainda possuem. Para pesquisa de campo, qualquer relato é válido. Tudo nos permite discutir algo relevante para nossa pesquisa. Para a Assistência Social é fundamental que estas informações sejam verdadeiras, porque ela faz a ponte entre as famílias e entre os serviços de atendimentos e, diante dessas histórias de relatos quebrados, que é possível pensar alguma forma de intervenção. Neste sentido, o trabalho de escuta na Assistência Social é mais rígido e, por isso mesmo, mais frustrante.

O caso de Robson – e também de Angélica/Talita, que será discutido em momento oportuno<sup>67</sup> – indica que ainda não existe uma rede interligada de informações da Assistência Social. No caso dos *trecheiros*, as poucas informações que temos são fruto de anotações rudimentares em cadernos, com entrada e saída em serviços como de Albergues, Centros de Triagem ou Casas Transitórias. No caso de Robson pude ver como a busca do irmão e da Casa Transitória por notícias é complexa: albergues e instituições em outras cidades, nem sempre com registros eficientes; IML, com base em descrições físicas; hospitais, etc.. No caso de Angélica/Talita, a menina chegara no município, acompanhada de uma mulher mais velha, que se suspeitava ser uma espécie de *sequestradora*. Todavia, sem dados concretos, como nome ou outras informações, a busca pela família parecia quase impossível de se realizar. Independentemente de qual dos lados analisamos, é verdadeira uma afirmação: embora os *trecheiros* sejam figuras que sempre existiram no mundo, pouco se sabe ou se documentou sobre eles. Provavelmente, porque são pessoas que não importam contabilizar. E, em alguns casos, eles se tornam *trecheiros* exatamente porque garantem na situação de rua um anonimato necessário para suas vidas, por inúmeros motivos.

#### Quarta-feira

*Chego cedo na casa transitória. Letícia já tinha me avisado que hoje haveria uma palestra, Pré-Conferência de Assistência Social. Na primeira parte da manhã Letícia sai junto com o João Pedro para a rodoviária, resolver alguma coisa no guichê da Ação Social. Fico na Casa Transitória com a Joana [...] Depois de algum tempo, perto das 9h, a Letícia retorna com o João Pedro. Rapidamente alguns residentes da Casa entram na Kombi. Eu vou nessa primeira leva*

---

<sup>67</sup> Angélica/Talita é uma menina que foi acolhida e encaminhada ao Hospital Santa Tereza (HST). Já no HST, ela disse que o nome dela era Talita. Não se sabia de onde vinha. Mas, havia suspeitas, à época, que ela era de outra cidade e que, possivelmente, havia familiares à procura dela. Especialmente, porque ela aparentava ser menor de idade.

para o local da Pré-Conferência, que não será muito longe da Casa. Nem fico sabendo o que aconteceu na Ação Social da rodoviária. Parece que havia algum problema com as passagens (**Diário de campo**, 22 de julho de 2015).

*Chegamos pela manhã e ao estacionar o carro, Letícia observa que Evaristo já está sentado no portão da Casa Transitória à sua espera. Ela conversa com ele e eu entro. Escuto que ele quer ficar alguns dias na Casa, porque seu pé está machucado. Letícia tenta amenizar esta queixa com a doação de um chinelo para ele e diz para ele ir ao guichê da Ação Social na rodoviária, buscar uma passagem para cidade mais próxima que tem albergue, tipo de acolhimento indicado para o caso dele. A Casa Transitória atende um público específico: homens, maiores, em situação de rua e que querem um local para morar momentaneamente para restabelecer suas vidas. Dali eles são indicados para cursos profissionalizantes, frente de trabalho e outros tipos de trabalho.*

*Hoje é o dia da Conferência de Assistência Social. Percebo um primeiro conflito pela manhã: Saulo está malvestido para ir à Conferência. Ele costuma ficar sem tomar banho, fazer a barba e trocar de roupa. Alega que não tem roupa limpa para trocar e Letícia diz que ele tem sim. Depois de algumas conversas iniciais, sou escalada para ir na primeira leva para a Conferência. João Pedro nos deixa lá e volta buscar Letícia e outros residentes da Casa. A maioria deles não quer ir à Conferência, mas são obrigados a ir.*

*A estrutura da Conferência é a mesma de outras que eu já fui. Assinamos a lista de presença, pegamos o material – pasta de papelão, caneta, folhas brancas e folhas com documentos, além do certificado com espaço em branco para preenchimento do nosso nome – e seguimos para nossos lugares. Os residentes da Casa sentam mais ou menos todos juntos. E eu sento-me perto deles. Depois de um tempo me afasto para pegar café. Percebo que eles não circulam pela área que tem café e água, embora tenha sido dito a eles que eles poderiam pegar, caso quisessem. Acho difícil que ninguém queira. Acredito que eles se sentem pouco à vontade mesmo (**Diário de campo**, 29 de julho de 2015).*

*Dia do “Saúde na Rua”, como me falou Annelise no dia da reunião no CAPS. Espero na Casa Transitória e um motorista vem me buscar, porque a perua ainda está quebrada e João Pedro saiu com o outro motorista da Prefeitura para tentar resolver isso. Vamos conversando até chegar na região da ponte. Há um ônibus parado, que vejo apenas a fachada: está escrito “Saúde Móvel”. Mais um nome para o mesmo evento. Fico com isso na cabeça.*

*Este ônibus tem um toldo, que se estende à frente, fazendo sombras para cadeiras de plásticos, onde estão sentados um médico, uma psicóloga e uma enfermeira. Guardo apenas o nome do “Dr. Alessandro” porque ele é o mais chamado e com quem as pessoas mais conversam. Chego, me apresento e fico esperando. Logo em seguida chegam as agentes comunitárias de saúde: uma já comenta logo de cara que demorou a chegar porque as avisaram muito em cima da hora e que elas são as únicas que se interessam em ir ao serviço. Elas se remetem diretamente ao médico. Não sei se há chefe de equipe ou não. Mas, todos parecem se remeter diretamente ao médico.*

*As agentes comunitárias vão em busca de pessoas debaixo da ponte. Enquanto isso, aparecem dois moços por perto do ônibus e perguntam se ali fazem teste de DST. Júlia, assessora da secretária de Saúde, diz que sim e pergunta alto, no meio de todo mundo, se o segundo moço também deseja fazer exames. Ele responde que não. Eu imagino que ser chamado em voz alta em meio às pessoas gerou constrangimento. Ele vai embora, mas depois retorna. Esses dois moços estão vestidos com uniformes de trabalho. Imagino que eles trabalhem ali por perto e tenham aproveitado a oportunidade. Durante o tempo de permanência do ônibus ali naquele ponto, mais dois homens passaram e perguntaram se faziam teste de diabetes. Para um deles, Júlia tentou indicar o Centro de Referência da Mulher e ele, quando entendeu o que ela estava tentando explicar, falou “Ah! Não precisa explicar. Se aqui não faz, vou no postinho perto de casa”, de forma até meio ríspida. Sendo assim, ele ainda explicou que parou ali apenas porque parecia uma oportunidade mais rápida (Diário de campo, 12 de agosto de 2015).*

Quarta-feira, pelo que pude perceber, é sempre o dia reservado para as reuniões extraordinárias. Permaneci em Jaboticabal, na minha primeira incursão ao campo, por 4 semanas ininterruptas. Dessas quatro semanas, em duas foram realizadas a Pré-Conferência e a Conferência Municipal de Assistência Social. Além do atendimento de saúde, chamado por Annelise de “Saúde na Rua”, uma espécie experimental de Consultório na Rua, num esforço municipal de seguir as diretrizes nacionais, mesmo sem ter recursos específicos destinados para o atendimento em Saúde para população em situação de rua. A Pré-Conferência foi uma reunião realizada que antecede a Conferência Municipal de Assistência Social, na tentativa de familiarizar os munícipes com os termos da política pública:

*A palestra se chama: Consolidar o SUAS de vez. Rumo a 2026. Ministrada por Wagner Carneiro de Santana<sup>68</sup>, visa à preparação para a Conferência Municipal que ocorrerá dia 29 de julho de 2015. A fala começa ainda na apresentação anterior ao palestrante. “O que é uma Conferência?” – surge de modo retórico na fala. E daí a explicação de como uma conferência se relaciona com o nível estadual e da União para aprimoramento da Política Social. Esta conferência é muito importante porque deve destacar as prioridades para o Plano Decenal (2016 a 2026) da Assistência Social. Daí, então, explica-se o tema, o lema, os subtemas (3) e as dimensões (5) e a relação com a Política Nacional.*

*A fala de Wagner destaca os 10 anos de SUAS e que deveríamos pensar o SUAS tão bem ou melhor estruturado que o SUS, principalmente, pensando na contribuição dos usuários. Dessa forma, entre as falas dele, o que mais me chamou atenção foi que, segundo ele, é preciso ter em mente que quem chega para o atendimento na Assistência Social já teve seus direitos violados e que a política, via*

---

<sup>68</sup> Este é o nome real do palestrante, haja vista que foi uma palestra para órgão público e, portanto, divulgada. Além disso, não há maior interação de pesquisa com o palestrante.

*gestão, não deveria perpetuar essa violação de direitos (Diário de campo, 22 de julho de 2015).*

Vários, então, são os termos utilizados pelo palestrante: *Plano Decenal; Subtemas; Dimensões, Política Nacional*. À época, fazia tempo que eu não lia a Política Nacional da Assistência Social e, no começo, tive dificuldade de lembrar o que cada termo significava. Prestei atenção e consegui acompanhar. Mas, não pude deixar de pensar em como essas informações fariam ou não sentido na cabeça de pessoas comuns. A questão é: estas Pré-Conferências e Conferências – que, teoricamente, servem também de controle social da Política Nacional – são estruturadas de maneira a atender as demandas do munícipes, que são usuários do SUAS ou apenas cumprir tabela e exibir um monte de *nomes bonitos sobre uma tal Política Nacional?*

Toco neste ponto porque na volta, na semana seguinte, da Conferência Nacional da Assistência Social, fui inquirida sobre a necessidade desses encontros. Um dos residentes da Casa Transitória me perguntou para que servia. Eu expliquei. Ele retrucou que *ninguém pensava neles*. Eu falei *como não? Tem um política pública inteira pensada para vocês. E eu estudo exatamente isso*. Depois de refletir um pouco e dar crédito ao que eu explicava, ele sorriu e falou *que bom. Não sabia disso...* Neste dia eu refleti sobre os limites das políticas sociais. Diante da fala do palestrante, pensei sobre a quase impossibilidade de controle social em casos que a violação de direitos humanos é tão grande que os usuários nem ao menos sabem que têm seus direitos violados.

Quarta-feira também foi o dia escolhido para o atendimento em Saúde na Rua. Como mencionado no excerto do diário de campo acima, o nome escrito no ônibus é *Saúde Móvel*. Até o momento, este equipamento é um pouco nebuloso para mim. Há várias informações a respeito. De que ele está ligado à verba estadual, de que ele vem de outra gestão, de que não se sabe sua origem. Interessa saber que é um ônibus, uma espécie de UBS itinerante: tem local destinado ao dentista, tem mesa de exame ginecológico, tem banheiro, tem uma sala de exames, enfim. É um equipamento que substituiria paliativamente uma UBS. Ou seja, imagino que ele fora idealizado para se locomover aos locais mais distantes, com acesso dificultado à rede de acolhimento da saúde. Um detalhe importante de sua estrutura é que ele precisa de energia para funcionar.

Desta forma, o local escolhido para que o ônibus permanecesse estacionado é próximo ao local de uso de drogas e situação de rua, além de ser em frente a um posto

de gasolina, que permite que o ônibus utilize a sua energia elétrica. Este posto fica localizado mais ao final de uma das principais avenidas da cidade, uma marginal, e também está próximo de bairros mais precários e *da ponte*, onde vários usuários de diversas drogas ficam *mocozados*<sup>69</sup>, em busca de um local tranquilo para realizar suas rotinas. Esta ponte foi objeto de imensa disputa política: houve comoção da cidade, um grupo religioso passou a frequentar o local, além da própria abordagem social de rua. Como era um local que condensava usuários, a medida tomada foi *fechar a ponte*, que consistiu em emparedar o vão que dava acesso rápido ao espaço debaixo da ponte. Tal medida teve efeito reverso do esperado: a parede tornou a ponte um local ainda mais privado, onde usuários continuam frequentando por tempo indeterminado. Agora eles apenas precisam passar por um caminho mais difícil, que pode culminar na queda dentro do rio.

Como mencionado acima no excerto do diário de campo, acompanhei apenas uma vez este atendimento. Ele se parece muito com o do sistema de saúde habitual: um ônibus parado, que fica à espera dos usuários, praticamente sem a busca ativa. As pessoas que se preocuparam em ir tentar buscar usuários foram as agentes comunitárias que se dispuseram a ir. Mesmo assim, importante destacar, que a equipe não é fixa. Sempre vai quem está disponível. E as duas agentes comentaram que apenas elas se animaram a ir trabalhar com a população em situação de rua.

A equipe me pareceu muito médico-centrada. Tanto que o único nome que consegui memorizar foi o do médico, o “Dr. Alessandro”, como é tratado pelas outras pessoas. No primeiro momento observei apenas a equipe, porque as agentes comunitárias saíram em busca de usuários e ficamos todos sentados, do lado de fora do ônibus, conversando. No meu caso, fiquei apenas escutando as conversas, já que não tinha nenhuma afinidade com a equipe, diferentemente da minha relação na Casa Transitória que já fora construída, até aquele momento, em vários dias de pesquisa de campo. Em algum momento, o que me chama a atenção é a pergunta que Júlia faz para o médico, sobre as condições de saúde e recuperação dos usuários que são parte da população em situação de rua:

*Em algum momento Júlia pergunta para o médico como é que as pessoas conseguem viver assim com tantos “bichos” (bactérias, micróbios, vírus). Ele responde que não é uma comparação o que ele vai falar, mas que “é como cachorro de raça e vira-lata. Vira-lata*

---

<sup>69</sup> Escondidos.

*come osso de frango e não faz mal”. E Júlia concordou, sem qualquer espanto sobre esta comparação. Isto me incomodou profundamente. Depois de algum tempo ali, Júlia falou que o atendimento terminaria, porque não viria mais ninguém. Toldo do ônibus é recolhido e as pessoas começam a se despedir. Fomos informados que o próximo aconteceria dali 2 meses (Diário de campo, 12 de agosto de 2015).*

A comparação foi verbalizada, embora o médico tentasse amenizar o que falaria com uma ressalva de *não é uma comparação*, mas era uma comparação. Assisti a um profissional de saúde que atende população em situação de rua chamar esta população de *vira-latas* em comparação aos *cachorros de raça*, que, nesta analogia, somos nós. Isto me incomodou profundamente. Porque era o meu primeiro contato com a equipe e eu não poderia, então, expressar minha opinião, sem que ela fosse pedida. Mas, se um profissional de saúde que deveria acolher na rede de atendimento chegava a verbalizar que a população em situação de rua era como *vira-latas*, como não imaginar que este crivo moral interferiria diretamente no atendimento destinado a essas pessoas? Como acreditar que falamos de um atendimento que visa à saúde integral da população em situação de rua, haja vista que a sua opção de vida é considerada passível de se comparar com a de animais?<sup>70</sup>

#### Quinta-feira

*Chego depois na Casa Transitória. Conto para o João Pedro que no dia anterior fui conhecer o CAPS. Ele me pergunta “O que você achou de lá?”*

*Eu: “Não sei. Não conheci muito bem ainda. Vou começar a acompanhar se tudo der certo...”*

*João Pedro: “Depois você me fala...”*

*Eu: “Seria bom CAPS/AD. Dava uma separada melhor no pessoal...”*

*João Pedro: “Já tem gente suficiente para isso, né?”*

*Eu: “Sim... É para sair o AD”*

*Percebi que há sempre uma crítica da Assistência Social ao atendimento em Saúde. Segundo o João Pedro ele já foi atrás de paciente do CAPS que havia fugido e que os funcionários de lá nem perceberam. Mas, ele completa “não é uma crítica aos funcionários. Eles são funcionários. É o sistema. O sistema não está funcionando” (Diário de campo, 23 de julho de 2015).*

<sup>70</sup> Autores têm chamado atenção para como a moral atravessa as relações do acolhimento em Saúde. Em MALFITANO, ADORNO & LOPES (2011) é destacado o tratamento de moradores de rua, jovens de periferia e usuários de droga, como – nos termos de Fassin (1998) – *figuras urbanas da saúde pública*, ou seja, um tratamento pela sua doença e não pelo reconhecimento de um sujeito. Desta forma, as questões morais dos técnicos do acolhimento atravessam as escolhas e encaminhamentos dados a estas *figuras* e, portanto, também influenciam determinadamente as suas trajetórias individuais dentro da malha de acolhimento institucional.

*Depois de cerca de 10 min da saída do Lucas, aparece a Gislaine no portão da Casa Transitória. Rosa recomenda que eu atenda pela janela, visto o trabalho que Lucas deu para sair do portão. Eu sigo a sua dica e converso com Gislaine pela janela. Ela me pergunta por Joana e Letícia. Explico que o horário da Letícia é mais tarde e que Joana está de férias. Ela está muito bem comportada, falando calmamente e com educação. Até que ela fala “A vida é difícil, né?”. Eu respondo que para todo mundo e, então, ela me fala que na noite anterior o Ademir bateu nela: “Nem meus pais colocavam a mão em mim...”, fala de maneira exaltada. Conta que vai comprar uma faca para se defender. Aconselho a não fazer isso, porque ela vai sofrer as consequências. Ela responde: “Eu posso até comer cana, mas ele vai comer cemitério”. Depois dessas falas exaltadas, ela volta à calma inicial. Agradece e vai embora.*

*Ela, ainda mencionou que anda pelo certo. Sendo assim, não merece isso. Eu pensei que, embora agressão seja grave, não é o caso de cobrar a vida. Fiquei preocupada e conversei com WhatsApp com o João Pedro.*

[conversa WhatsApp]

*Aline: “João Pedro, o Lucas passou por aqui e depois disse que volta conversar com a Letícia. Uns 10 min depois veio a Gislaine, dizendo que ontem o Ademir bateu nela. E que ela vai comprar uma faca para se defender dele. Que ela pode “comer cana, mas ele vai comer cemitério”. A Gislaine perguntou se o Lucas estava aqui. Veio atrás dele...”*

*João Pedro: “Ô, beleza... Tá esquentando...”*

*Aline: “Pois é. Acho que uma hora lasca de vez”*

*João Pedro: “Mas, é o fim, né? Falta de falar não é. Eu avisei o Ademir que isso iria acontecer...”*

*Aline: “Sim... estou preocupada”*

[depois de algum tempo]

*João Pedro: “Aline, achamos o Ademir e ele disse que não bateu nela. Ela quem bateu nele”*

*Aline: “Vixi...”*

*Além da conversa minha com a Gislaine, nossa preocupação tem como pano de fundo o relacionamento que se estabeleceu entre Gislaine, Ademir e Lucas. Eles formam um “casal de três” e sempre havia o comentário de que isto poderia gerar algum conflito grave, com consequências desastrosas (Diário de campo, 30 de julho de 2015).*

*Chego na Casa Transitória antes de Joana, às 12h30. Ela chega às 13h00. Com uma cara estranha. Pergunto o que ela tem, se está tudo bem. Ela responde que está tudo bem. Mas, depois me fala que está estressada e conta, para mim e para Cleusa, que João Pedro foi estúpido com ela, porque ela passou o recado que ele deveria ir ao supermercado. Ela ainda reclamou que a Letícia falou com ele também, mas ele não foi estúpido com a Letícia.*

*A situação está tensa na Casa Transitória. Acabaram as comidas: tanto para o café da tarde, como para as refeições. Em fevereiro, quando Letícia estava de férias, Joana fez um pedido de comida para um mês e Vânia triplicou. Com os novos valores, foi necessário abrir uma licitação grande, que até agora não teve interesse por parte dos*

*fornecedores. Isto se deve à fama de Prefeitura de má pagadora. Sendo assim, mesmo com recursos disponíveis (verba estadual destinada ao Projeto Migrante), a Casa Transitória não pode fazer suas compras. E, ainda, não é possível fazer um pedido de compra menor enquanto o primeiro não for finalizado. Toda esta trama burocrática impacta diretamente no cotidiano da Casa Transitória.*

*Joana me contou que desde fevereiro não há compras: a instituição sobrevive com doações (que são pequenas e poucas para a necessidade da Casa) e com vales que trocam (que eu ainda não entendi muito bem como funcionam) e mais os pães do café da manhã que a Mini-usina entrega.*

*Depois João Pedro volta. Clima tenso. Mas, ele diz que ainda tem uns vales e, dessa forma, Joana faz a lista de compras e os dois saem (Diário de campo, 06 de agosto de 2015).*

*Chego pela manhã na Casa Transitória. Havia combinado no dia anterior de Vânia passar na C. T. me buscar para irmos ao Hospital Santa Tereza (HST). A princípio acho que elas esqueceram que eu iria junto, porque chegam quase meia hora depois do horário combinado. Chegam no carro Vânia e Paula. No caminho fomos conversando sobre alguns casos do CREAS. Casos complicados, que envolviam liberdade assistida, “famílias desestruturadas”, violência, etc.. (Diário de campo, 13 de agosto de 2015).*

Percebi, depois de um tempo em permanência no campo, que existe uma clara resistência da Saúde em relação ao atendimento da população em situação de rua. A intersetorialidade, embora prevista tanto no SUS como no SUAS, encontrava vários entraves cotidianos para se concretizar. Há, pelo menos, dois motivos: as linguagens das suas áreas são diferentes e nem sempre elas se comunicam bem; a Saúde é auto referenciada e, no cotidiano, não insere em sua rede outras áreas de atendimento. Desta forma, um caso complexo como o da população em situação de rua, que exige uma rede também complexa de acolhimento, que integre a Saúde, a Assistência Social, a Habitação, o Trabalho e Renda, a Educação, enfim, todas as dimensões que envolvem a vida desta população e que denotariam um acolhimento integral do caso.

Uma das grandes questões em Saúde para a PSR é a tuberculose. A PSR, juntamente com a população carcerária e a população indígena representam as populações com maiores incidências desta doença, devido, provavelmente, às condições em qual vivem. Há um caso que envolve a Casa Transitória, a equipe de abordagem social de rua e uma pessoa que estava em situação de rua com tuberculose. Como não foi feita a busca ativa pela Saúde, a abordagem tirou essa pessoa da rua e levou para a Casa Transitória, na tentativa de encaminhar para o acolhimento em Saúde adequado. Quando a Saúde soube deste ocorrido, houve uma bronca aos funcionários da



Assistência Social, porque eles não utilizaram EPI's indicados para este tipo de contato. Todavia, os funcionários da Assistência Social nunca tinham sido treinados ou alertados em relação a estes cuidados. Desta forma, pareceu-me que as duas áreas – embora haja a promessa de intersectorialidade – não se comunicam muito bem.

Também é possível perceber como com o passar do tempo na Casa Transitória algumas questões foram se complexificando. O caso do “*casal de três*” foi tomando outros contornos e, desta forma, criando outras demandas de atendimento. Quem trabalha com este dia-a-dia já está tão acostumado com casos extremos de vulnerabilidade, que consideram todas essas questões normais. Ou seja, tenho a impressão que se eu entrevistasse os funcionários da Casa Transitória, algumas questões que são objeto de análise para mim, simplesmente passariam despercebidas por eles. Haja vista que, como integram o seu cotidiano, não se tornam para eles casos a serem relatados. Com essa impressão, tive certeza que a pesquisa de campo de inspiração etnográfica foi a melhor escolha metodológica para apreensão das questões cotidianas do acolhimento.

Além da complexidade das ruas, ainda há a complexidade das políticas públicas e da gestão diária de recursos. Se no início do campo fora comentado que a situação da dispensa de mantimentos era preocupante, do meio para o final do primeiro mês de pesquisa de campo, houve, de fato, o esgotamento dos mantimentos. E a preocupação com o que fazer diante disto deixou *os nervos à flor da pele*. É este contexto que está relacionado com o desentendimento entre Joana e João Pedro e, depois, o *clima pesado* na Casa Transitória, durante o dia em que os alimentos acabaram e não havia, ao menos, bolachas e bebida para o café da tarde. Junte-se a isso outras queixas habituais sobre o trabalho e relações com a Secretaria, com a rede da Assistência Social ou mesmo entre os próprios funcionários, com suas particularidades comportamentais e pontos de vista diferentes.

Foi também num dia de quinta-feira que eu fui ao Hospital Santa Tereza para discutir o caso de Rosália. Este dia foi uma experiência interessante. Porque, além da própria reunião com os profissionais da Saúde, fui de carro com a Vânia e com a Paula (psicóloga do CREAS) e, desta forma, fomos conversando sobre outros casos do CREAS e como a rotina de atendimento da Assistência Social é pesada, envolve perigos para os profissionais e várias negociações, seja entre os próprio funcionários ou mesmo, e principalmente, com os usuários. Estas conversas foram de fundamental importância

para fortalecer laços e, daí, indicar que eu poderia ser considerada alguém *de confiança*, com quem as profissionais conversavam, contavam casos e, ainda, pediam opiniões.

### Sexta-feira

*Sexta-feira começa com a chegada do Lucas na Casa Transitória. Conversou um tempo com Letícia no portão e depois entra. Toma banho. Trouxe o amarelo, cachorro que o acompanha. A neguinha, cachorra residente da Casa Transitória, ficou maluca com a presença do amarelo [outro cachorro] e do Lucas.*

*Ele vem conversar com a gente e conta que foi para Ribeirão para vender bala, mas que não deu muito certo. Segundo ele, atendimento em Ribeirão não está muito bom. Ele nem passou no CETREM.*

*Letícia ligou para a mãe dele. A mãe dele só poderá atender depois das 15h, porque está no trabalho e o chefe não aceita que ela fique ao telefone no horário do trabalho. Então, Joana e Letícia pedem para que ele volte “bom” mais tarde. Ele diz que sim e pede para guardar comida para ele, que às 15h ele volta.*

*Depois o Luciano aparece e pede autorização para sair no final de semana. A Letícia pergunta se pode confiar (de um modo quase retórico). Ele confirma e pega o papel. É uma filipeta de papel com o nome dele, dizendo que ele está autorizado a sair e que precisa voltar domingo à noite (no papel tem horário de saída e de chegada estipulados). Ele pega, me mostra e explica como funciona.*

*Saio da Casa Transitória, perto das 10h, curiosa para saber como será o desdobramento dessas histórias, pois sei que o final de semana é um momento tenso, quando acontecem vários problemas.*

*Depois do almoço, já em São Carlos, converso com Joana pelo WhatsApp. Ela me manda uma foto do Lucas, com um prato grande de comida. Ela me fala que ele bebeu e usou droga, mas mesmo assim ela ligou para a mãe. Quando estávamos conversando, ela estava com ela ao telefone.*

*O meu final de semana começa. O deles também. Segunda-feira saberei o saldo de tudo isso e a continuação dessas histórias (**Diário de campo**, 24 de julho de 2015).*

*Renatinho vem até o portão de madeira e fala que quer ir embora. Cleusa responde: “Não. Agora não. Só depois que eu fizer o café...”. Ele se satisfaz com a resposta e volta para dentro. Os funcionários da Casa Transitória se acostumaram com esses pedidos. Mas, agora sempre falam que eles podem abrir o portão depois de alguma coisa e ele acaba esquecendo.*

*Renatinho, como é chamado na Casa Transitória, é residente faz pouco tempo. Teve uma primeira estada na Casa Transitória e saiu, por vontade própria, e foi em rumo a Matão, em busca de albergue. Algum tempo depois foi encontrado “se arrastando no chão” e foi readmitido na Casa Transitória. Ele teve câncer na língua e precisa de tratamento. Ainda tem um buraco na língua, que não se sabe se vai fechar. Por isso, ele come muito pouco das refeições da Casa Transitório. Cleusa, a cozinheira, sempre faz sopa de pão e de bolacha para ele (**Diário de campo**, 32 de julho de 2015).*

*Renatinho ficou até a metade da manhã no portão de madeira pedindo para sair e xingando. Valdomiro, quando Renatinho está mais agitado, também fica agitado. E Valdomiro quase surtou, porque Douglas ficou provocando. Quando ele se alterou bastante, tanto eu como Letícia como Joana fomos ver o que estava acontecendo. Letícia entra para a sala e dá bronca. Os demais residentes nunca viram o Valdomiro em surto, mas há relatos que ele fica muito agressivo e que ainda é muito forte.*

*David ficou estressado por causa da saída dele que demorou mais tempo. Foi chamada atenção dele. Cleusa depois nos contou que ele chegou no funcho chutando a cadeira.*

*David e Gabriel vieram pedir autorização para saída no final de semana, David não gostou de saber que a dele não estava pronta (**Diário de campo**, 07 de agosto de 2015).*

*Último dia de pesquisa de campo. Tudo tem um pouco tom de despedida. Se no primeiro dia eu cheguei meio sem conhecer ninguém, no último começo a sentir uma saudade antecipada do campo. Estou um pouco sem ritmo para fazer anotações. Converso muito com Joana, mas mais sobre assuntos pessoais (**Diário de campo**, 14 de agosto de 2015).*

Sexta-feira é sempre um dia de muita movimentação na Casa Transitória, como alertado acima. É o dia que precede o final de semana e, portanto, é o momento para os residentes pedirem autorização para sair. Sendo assim, a movimentação de residentes na parte administrativa da Casa é muito grande. Há sempre as histórias de planos para os finais de semana, seja visita a familiares, amigos ou mesmo planos de trabalhos informais. Também há uma agitação que aparece no comportamento dos residentes: Renatinho, quase toda sexta-feira, aparece no portão pela manhã pedindo para sair. Às vezes, esta postura cria alguns atritos na rotina da Casa.

Sexta-feira, ainda, foi meu último dia de pesquisa de campo (da primeira fase de incursão ao campo) e foi, portanto, um dia de conversas mais leves, mais pessoais e comidas diferentes que comprei no supermercado, para um espécie de pequena confraternização com os funcionários. Despedi-me dos residentes da Casa, desejando que suas vidas seguissem bem e que os pudesse ver novamente depois. Despedi-me pela última vez de Gabriel, moço com quem sempre conversei. Ele estava visivelmente debilitado, mesmo depois de entrar na rotina da Casa Transitória. Isto nos chamou atenção, porque, normalmente, os residentes engordam quando chegam na Casa, porque se encaixam em uma rotina mais saudável. Gabriel, estava emagrecendo rápido e com caroços no pescoço. Eu pensei que pudesse ser uma alergia associada à abstinência das drogas. Cerca de um mês depois de minha partida, ele morreu em decorrência de

linfoma, que já estava em estágio avançado quando nos vimos pela última vez. Triste. Esta pesquisa sobre a manutenção da vida também lidou diretamente com a morte.

\*\*\*

Diante desta descrição acima da entrada de campo, da estrutura de trabalho e física da Casa Transitória e da rotina semanal da Casa Transitória e sua relação cotidiana com a Saúde, bem como os conflitos daí decorrentes, chama a atenção a questão do cuidado que é também controle. Controle este que aparece em várias instâncias e de diversas formas.

A primeira delas é a tensão existente para as funcionárias que lidam diretamente com a gestão da população em situação de rua – *Marina* e *Vânia* – de Campo Grande e Jaboticabal, respectivamente. *Marina* relatou-me com muito pesar a necessidade de internação compulsória de *Lara*. Mas, segundo ela, como o bebê não poderia escolher entre usar *crack* ou não, não havia alternativa. E, assim, além da Segurança Pública, o Conselho Tutelar foi acionado neste caso. Para *Vânia*, o dilema também existe. Conforme relatado mais para frente no capítulo sobre políticas públicas (e na trajetória resumida de *Rosália*), *Vânia* também se viu na posição de intervir junto com a Segurança Pública. O que lamentava devido ao abalo que este episódio causara no seu vínculo com *Rosália*, além de a colocar em situação de incerteza em relação à reação de *Rosália* quando a encontrou em outro momento. *Vânia* não sabia se seria bem tratada ou agredida (verbal ou fisicamente). Esta incerteza permanecia ainda quando fomos discutir o caso de *Rosália* no Hospital Santa Tereza, em Ribeirão Preto.

Cabe destacar ainda que são neste momentos de maior crise que a Segurança Pública é acionada, por vezes, juntamente com o Conselho Tutelar. Quando a situação de rua envolve uso de drogas, a face do controle se faz mais presente, assim como a da repressão, ligada à Segurança Pública. Mas, também com embasamento jurídico, haja vista que é necessário uma autorização de internação de um juiz ou um pedido de familiar (ou tutor) judicialmente aprovado. Desta forma, as instâncias do *Programa Crack – é preciso vencer (autoridade, prevenção e cuidado)* aparecem de forma articulada na experiência municipal de Jaboticabal. E se torna indispensável pensar a *guerra às drogas*, seja em sua experiência nacional de controle de fronteiras e *hipermilitarização* (CAMARGO; BORDIN, 2017), mas também no *pânico moral* em relação ao uso e espaços de uso, conhecidos como *Cracolândias* locais.

Em minha pesquisa de campo, os casos que demonstram maior tensão em sua tentativa de resolução são os ligados às mulheres nas ruas e ao uso de *crack*. Este maior controle do corpo feminino é justificado pela possibilidade de gravidez em situação de vulnerabilidade, que tem como consequência um outro problema: os *bebês do crack* (SILVA, 2016). Ainda, a despeito da maior vulnerabilidade que o corpo feminino apresenta, no caso de agressões físicas e sexuais, as mulheres ainda são menor número nas ruas e, desta maneira, o perfil de acolhimento da Casa Transitória é masculino. Sendo assim, no mecanismo de criação de população que são objeto das políticas públicas, quanto mais diferente, mais inaptações no acolhimento. Há um cálculo biopolítico: se existem mais homens em situação de rua, o perfil de acolhimento será masculino, independentemente de outros fatores e demandas do população feminina.

Ainda sobre o controle, ele é realizado também na produção de dados demográficos sobre a população em situação de rua de Jaboticabal. Tais dados são gerados pela ficha de abordagem social de rua, que posteriormente são tabulados e arquivados. Desta forma, é exercido um controle de quantas pessoas existem em situação de rua no município de Jaboticabal, sendo esta ficha de preenchimento obrigatório na abordagem (quando as pessoas não se recusam a responder as questões). Depois há um ficha cadastral de entrada na Casa Transitória. E variadas regras de convivência e de conduta dentro da instituição.

Para adentrar na Casa Transitória, enquanto residente, é necessário ser homem, maior de idade e estar em situação de rua no município. Para os chamados *trecheiros*, a política de acolhimento consiste em fazer circular e, portanto, a doação de passagem de ônibus para municípios vizinhos. No caso de situação de rua no município, os que são mais sedentários, a entrada na Casa Transitória é condicionada pela revista de objetos pessoais e banho obrigatório. Como o público atendido é o masculino, apenas são admitidas entrada quando João Pedro está na Casa Transitória ou quando algum dos vigilantes noturnos se encontra no local. Desta maneira, a admissão de novos residentes fica condicionada aos horários de turno de trabalho dos funcionários homens.

Além destas primeiras condicionalidades, a participação compulsória em grupos de auto ajuda (religiosos ou não), como Amor Exigente, Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA) é indispensável para a permanência de residentes que tenha histórico de uso de álcool e drogas. A participação dos residentes da Casa Transitória é controlada por vias de presença existente nesses serviços, que precisam ser apresentadas com regularidade à administração da Casa Transitória. Da mesma forma, o controle de

saídas nos finais de semana é autorizado por meio de vias (espécie de passaporte) que deve ser apresentado ao guarda no retorno à Casa Transitória, logo na entrada. Sem esta via de autorização, as (re)entradas não são permitidas. E as saídas são consideradas *fugas* e, desta forma, têm punições disciplinares como consequência, como não poder regressar para a residência na Casa Transitória ou advertências verbais.

O controle também é presente nas regras de convivência da Casa Transitória. Não é permitido que haja brigas ou discussões mais graves. É necessário ajudar nas tarefas domésticas da Casa Transitória (obedecendo uma tabela de atividades) e, ainda, há espaços permitidos de circulação. Apenas um residente possui acesso ao escritório administrativo, por acesso interno na Casa Transitória, onde ficam os alimentos para café da manhã. Os documentos pessoais, objetos de valor e dinheiro também ficam arquivados juntos à pasta pessoa e individual de cada residente. Além disso, normalmente, a carteirinha do SUS fica na administração, onde possa ser acessada para marcação de consultas.

Além disso, há controle também das comidas e dos produtos de limpeza, que ficam armazenados na parte administrativa da Casa Transitória. Qualquer saída de material da dispensa é anotada. Há um arquivo para controle de estoque dos gêneros alimentícios e outro arquivo, classificado por nome de residente, de retirada de material de higiene pessoal. Há ainda um controle de doação de roupas e calçados. Cabe destacar que, como relatado acima, quando um residente novo entra na Casa Transitória, ele recebe o desodorante *roll-on*, porque o álcool do desodorante que eles chama de *perfume* pode ser consumido em caso de abstinência. Desta forma, o controle em relação ao uso de drogas é ainda maior. O que fica demonstrado também no controle da chave que fecha a porta do local onde ficam os produtos de limpeza. Esta chave é colocada em chaveiro em outra sala, que é trancada e fica inacessível a qualquer usuário.

O controle, de modo geral, é exercido sobre todos que permanecem na Casa Transitória, residentes ou funcionários. Os funcionários são controlados pelos horários de trabalho, que são vigiados, por exemplo, com ligações da Secretaria de Bem Estar Social no começo do dia. E também através de *fofocas*<sup>71</sup> entre eles, sobre posturas e condutas, adequadas ou não. O controle dos residentes, além de exercido através das

---

<sup>71</sup> A *fofoca* é de fundamental importância para entender as relações entre as pessoas. De acordo com Elias e Scotson (2000), há *fofocas elogiosas* e *fofocas depreciativas*, que influenciam nas hierarquias entre os grupos sociais. No caso da Casa Transitória, além de exercer o controle, as fofocas também criam os perfis classificatórios de residentes mais rebeldes e mais adaptados à rotina de vida na instituição.

regras de condutas e condicionalidades, também é realizado de maneira informal através de *fofocas* do próprios residentes. Segundo a assistência social da Casa Transitória, *não é necessário perguntar, a gente sempre fica sabendo o que aconteceu aqui no final de semana*. Sendo assim, mesmo aos finais de semana, quando ficam sozinhos (e com a chave da Casa Transitória) há controle de condutas, saídas e acontecimentos, que são informados à administração na segunda-feira. Por isso segunda-feira costuma ser um dia agitado na instituição. Além de primeiro dia de funcionamento depois do final de semana, é também o dia em que as *fofocas* são colocadas em dia.

Todavia, o controle não pode – ou não se quer – ser exercido completamente. Há também as informações que fogem do controle, como a circulação de pessoas. Robson, por exemplo, depois de uma brigada nas ruas desapareceu de Jaboticabal. Seu irmão apareceu à sua procura na Casa Transitória e a assistente social fez várias ligações para localizá-lo. Sem sucesso. Apenas a *rede de fofoca* das ruas dizia que ele estava por Ribeirão Preto. Mas, nenhuma instituição (CETREM, IML, etc.) acionada tinha registro de sua presença no município. Ainda, há recusas em participar de algumas atividades ou serviços, como o EJA (Educação de Jovens e Adultos), porque tal registro pode localizar os residentes da Casa Transitória que, eventualmente, tenham algum *problema com a polícia*, ou outro comprometimento de cunho jurídico, como ausência de pagamento de pensão alimentícia.

Ainda merece destaque a questão de moral que atravessa as políticas públicas e que escapa ao controle dos documentos oficiais. Às vezes, ela é declarada e formalizada nas regras de conduta, como a participação compulsória em grupos de auto ajuda e religiosos. Às vezes, ela é informal e aparece nos momentos de falas mais descontraídas, em declarações como *eles são parasitas do sistema* ou *Bolsa Família para morador de rua é Bolsa Noia*. Embora a discricionariedade das políticas públicas seja um mecanismo para adaptação às necessidades locais, ela também permite uma margem da manobra, que diz respeito à execução das políticas públicas de acordo com a moral pessoal do *burocrata de nível da rua* (LOTTA, 2012). Desta maneira, pode ser que a execução seja bem distinta do planejado pelas condicionalidades e normativas da política públicas nacional.

O controle das políticas é previsto na Política Nacional de Assistência Social (PNAS) através do mecanismo de *controle social*, via Conferências, Conselhos e ouvidorias. Segundo a PNAS:

O controle social tem sua concepção advinda da Constituição Federal de 1988, enquanto instrumento de efetivação da participação popular no processo de gestão político administrativa-financeira e técnico-operativa, com caráter democrático e descentralizado. Dentro dessa lógica, o controle do Estado é exercido pela sociedade na garantia dos direitos fundamentais e dos princípios democráticos balizados nos preceitos constitucionais.

Na conformação do Sistema Único de Assistência Social, os espaços privilegiados onde se efetivará essa participação são os conselhos e as conferências, não sendo, no entanto, os únicos, já que outras instâncias somam força a esse processo (BRASIL, 2004).

Em minha experiência de pesquisa de campo, conforme citação dos trechos do diário de campo no Capítulo 1, os residentes da Casa Transitória não se sentiram à vontade no espaço de realização da Pré-Conferência e da Conferência de Assistência Social do município de Jaboticabal. De acordo com a PNAS (BRASIL, 2004), a Pré-Conferência é um evento que busca sensibilizar os usuários sobre a importância e o mecanismo de participação e *controle social*.

Todavia, a palestra da Pré-Conferência que acompanhei foi realizada diante de termos técnicos, com problemas que fazem sentido para a gestão e não para os usuários. Depois deste evento, nenhum comentário positivo sobre a Pré-Conferência. Os residentes da Casa Transitória foram participar compulsoriamente da Pré-Conferência e não conseguiram participar de modo ativo das discussões. O mesmo ocorreu durante a Conferência Municipal, quando, na volta do evento, um residente questionou *se alguém ligava para a vida deles*. Desta forma, a violação de direitos humanos, no caso de população de rua, é tão severa, que muitos deles nem sabem que têm seus direitos violados. Ou que há uma política pública para seu acolhimento.

Já sobre a intersectorialidade entre Saúde e Assistência Social, é preciso destacar que há tensões entre as áreas. Alguns motivos podem ser destacados: existência de protocolos diferentes, que concorrem entre si; equipe de Saúde segundo a Assistência Social, não realiza a busca ativa de população em situação de rua; Saúde é auto referenciada, ou seja, pensa a produção de rede interna na Secretaria de Saúde.

Os protocolos de acolhimento por vezes disputam entre si porque o entendimento de prioridade no acolhimento é diferente em cada uma das áreas. Para a Assistência Social, a vulnerabilidade social e o aceite em fazer o tratamento, por exemplo de tuberculose, classifica o usuário como prioritário. Para a Saúde, há um esquema de regulação de vagas, que obedece uma lista específica da Saúde. Nem sempre a prioridade da Assistência Social coincide com a prioridade da Saúde. Isto



resulta, na prática cotidiana, em adesão baixa da população em situação de rua aos tratamentos na Saúde. Algum morador de rua pode aceitar ir tratar a tuberculose num primeiro momento, então, a busca por vaga, que requer a regulação da Saúde, pode demorar e culminar na desistência por parte do usuário ao tratamento. Em entrevista com a assistente social, ela relatou que a existência de um Consultório na Rua formalizado auxiliaria nesta questão: porque o equipamento de Saúde poderia iniciar o tratamento quando o morador de rua aceita o oferecimento.

Além disso, é comum que a argumentação em relação à população em situação de rua seja *morador de rua é coisa da Assistência Social*. Desta forma, mesmo que a necessidade seja de acolhimento em Saúde, os encaminhamentos tendem a ser direcionados para a Assistência Social. A Saúde, por sua vez, segundo relatos colhidos em campo, é auto referenciada. Ou seja, ela pensa a rede interna da Saúde, entre Atenção Básica e níveis mais complexos de tratamento, sem produzir da mesma forma rede com as demais Secretarias Municipais, como Assistência Social.

Nesta divisão de tarefas entre áreas, a *busca ativa* é realizada, no caso de população em situação de rua, basicamente pela Assistência Social. Segundo João Pedro, a Saúde não realiza busca ativa de população em situação de rua, cabendo à abordagem social de rua fazer este papel. Isto gera outros tipos de conflito, como, por exemplo, quando um morador de rua com tuberculose foi acolhido na Casa Transitória. Depois desta medida, a Saúde se posicionou contrária a esta postura, indicando que eram necessários protocolos de acolhimento, uso de EPI's, etc. De acordo com João Pedro, eles não conheciam o protocolo. *Não fomos treinados para isso. E não havia ninguém da Saúde conosco. E depois eles vêm criticar.*

De acordo com as questões elencadas acima, é possível analisar a existência do controle intrínseco ao cuidado. Como primeira possibilidade analítica, é necessário destacar que o controle é característico da ideia de *população* e *governamentalidade* (FOUCAULT, 2008a). Para exercer o cuidado, via Saúde Pública, é necessário o controle das taxas populacionais, como nascimento, morte, idade, incidência de doença por faixa etária e outros recortes populacionais. Em relação ao governo, podemos pensar um esquema analítico das formas apresentadas por Foucault: *soberania, disciplina* e *biopolítica*. Embora cada esquema ajuda a analisar determinado período histórico, essas lógicas estão presentes de modo misturado no dia-a-dia.

O *Programa Crack – é preciso vencer* exemplifica essas lógicas na gestão da população de rua. Há o domínio da *autoridade* (soberania), via Segurança Pública e sua

relação com o Judiciário. Há o domínio da *prevenção* (disciplina) executado pelos serviços de acolhimento da Assistência Social. Há o domínio do *cuidado* (biopolítica) executado pela Saúde Pública. Desta forma, na gestão da população de rua, misturam-se os princípios de poder da *soberania*, da *disciplina* e da *biopolítica*, nas tensões permanentes e cotidianas ente cuidado e controle.

Ainda, como relatado acima, os moradores de rua são também passíveis de comparações que os desumanizam, como a feita pelo médico do *Saúde na Rua* ao dizer que são espécie de *vira-latas*. Esta visão somada à banalidade da morte de residentes da Casa Transitória – mortes que existiram, mas que não implicaram em luto, inclusive por parte dos companheiros residentes – pode-se dizer que é possível analisar estas questões por meio da *tanatopolítica* (AGAMBEN, 2010). A condição de desumanização dos moradores de rua nos remete à situação dos *muçulmanos* (AGAMBEN, 2008), ou seja, aqueles que estão na condição de *mortos vivos* e são compelidos à *vida nua*.

## PARTE II – GOVERNO E GESTÃO DA VIDA

A segunda parte desta tese reúne os Capítulos 3 e 4. O Capítulo 3 – Política Públicas e População de Rua – faz um balanço das políticas públicas destinadas à população de rua, além de apontar problemas na própria ideia de *população*, que torna homogêneo o que não é. E, neste sentido, gera problemas cotidianos na operacionalização das políticas públicas, quando a heterogeneidade aparece e causa conflitos diversos.

O Capítulo 4 – Saúde Pública e Gestão dos Pobres – faz uma retomada das políticas públicas em Saúde, ou seja, da Saúde Pública, seja em seus aspectos mais gerais históricos ou em sua dinâmica peculiar brasileira. Neste capítulo, argumenta-se que é possível afirmar que a Saúde se constitui como eixo articulador da gestão dos pobres. Por dois motivos principais: 1. É a Saúde que define o corpo saudável para o trabalho; 2. É a Saúde que define quem pode receber auxílio da Assistência Social e, portanto, define o *vagabundo*, que é passível de repressão via Segurança Pública.

Desta maneira, a segunda parte desta tese *leva a sério* (VIVEIROS DE CASTRO, 2002) as políticas públicas. Ou seja, tomamos como verdadeiras as intenções descritas nos documentos oficiais e acompanhamos como ocorre sua implementação. Neste sentido, argumentamos que há limites e impasses na passagem entre elaboração e implementação das políticas públicas, dada pelo problema da população acima descrito, pela *discricionariedade* dos executores de políticas públicas, que devido à *urgência social* (CEFAÏ, 2013), impõem uma lógica de tática ao cotidiano, que, às vezes, foge às estratégias estatais.

### CAPÍTULO 3 – POLÍTICAS PÚBLICAS E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

#### Breve histórico da população em situação de rua

Em sua dimensão prática e em sua abordagem teórica, a questão da pobreza ultrapassa os limites da questão econômica: em uma sociedade capitalista a questão do trabalho e geração da renda própria está vinculada também à representação social sobre dignidade humana. Esta ética do trabalho polariza os indivíduos em trabalhadores/honestos e vagabundos/marginais<sup>72</sup>, ou seja, a identidade individual é fortemente marcada pela inserção no mundo do trabalho, que não se trata apenas de uma relação de vontade de “ter a carteira assinada”.

Além dessa identificação externa, que estigmatiza esses indivíduos, há um modo de vida que é razoavelmente compartilhado entre a população em situação de rua. Contudo, apesar dessas semelhanças, este é um grupo heterogêneo. Vieira *et al.* (2004) vão trabalhar com três categorias para classificá-los em suas diferenças e semelhanças, quais sejam:

Ficar na rua reflete um estado de precariedade de quem, além de estar sem recursos para pagar pensão, não consegue vaga em albergue. Essas pessoas procuram ajuda nos plantões de serviço social (...). Rejeitam violentamente a identificação com o morador de rua, procurando distanciar-se dele (...)

Estar na rua expressa a situação daqueles que adotam a rua como local de pernoite e já não a consideram tão ameaçadora. Começam a estabelecer relações com pessoas de rua e reconhecer novas alternativas de sobrevivência (...). Tentam se diferenciar dos moradores de rua apresentando-se como desempregados.

Ser da rua [situação em qual] o cotidiano passa a ser pautado por referências como as bocas de rango, instituições assistenciais, determinados lugares da cidade onde se reúnem as pessoas na mesma situação. A rua se torna espaço de moradia de forma praticamente definitiva, ainda que ocasionalmente possa haver alternância com outros lugares de alojamento (VIEIRA *et al.*, 2004: 94-5).

Embora hoje possamos atentar para uma nova perspectiva que define a população em situação de rua em torno dos vínculos que ainda têm com a vida

---

<sup>72</sup> Tal tema é de grande relevância para os estudos urbanos sobre periferias. A discussão aparece em meados dos anos 1980 em Zaluar ([1985] 2000) no capítulo *Trabalhadores e bandidos: identidade e discriminação* e permanece importante nos anos 2000 e pode ser verificada em Feltran (2011) no capítulo *De trabalhadores a bandidos*. Ainda, sobre a discussão a respeito do imaginário que circunda o assunto e que classifica os indivíduos, ver o conceito de “sujeição criminal” em Misse (2010).

domiciliada e com os vínculos que estabelece com a rua, esta primeira diferenciação merece destaque por ser a primeira a questionar a homogeneidade da categoria e propor uma tipificação diante das diferenças apresentadas acima. Nesta linha de raciocínio, ainda é importante destacar a diferenciação que eles mesmos fazem em relação ao grupo. Além dos grupos referenciais adotados que são diferentes, segundo *Vieira et al.* (2004), a estigmatização também é interior ao grupo: os indivíduos que não tem um trabalho e já se habituaram à rua de tal sorte que a utilizam como meio de sobrevivência, sem maiores preocupações com a sua autossuficiência são chamados pelos outros de *maloqueiros*.

Uma das principais barreiras para o estudo deste tema se encontra exatamente na concepção apriorística existente em relação aos moradores de rua, sempre muito carregada de preconceitos e concepções do individualismo radicalizado, como a autossuficiência e a noção de *self made man*. Não é raro tomar contato com ideias preconceituosas sobre os moradores de rua:

Alguns as vêem como perigosas, apressam o passo. Outros logo as consideram vagabundas e que ali estão por não quererem trabalhar, olhando-as com hostilidade. Muitos atravessam a rua com receio de serem abordados por pedido de esmola, ou mesmo por pré-conceberem que são pessoas sujas e mal cheirosas. Há também aqueles que delas sentem pena e olham-nas com comoção ou piedade. Enfim, é comum negligenciarmos involuntariamente o contato com elas. Habitados com suas presenças, parece que estamos dessensibilizados em relação à sua condição (sub) humana. Em atitude mais violenta, alguns chegam a xingá-las e até mesmo agredi-las ou queimá-las, como em alguns lamentáveis casos noticiados pela imprensa. Observa-se, assim, a existência de representações sociais pejorativas, em relação à população em situação de rua, que se materializam nas relações sociais. Vagabundo, preguiçoso, bêbado, sujo, perigoso, coitado, mendigo... São designações comuns dirigidas às pessoas em situação de rua (MATTOS; FERREIRA, 2004).

Relacionando com este processo de estigmatização, a forma como são chamados é foco de constante disputa política. Trabalhos mais antigos já privilegiavam as seguintes nomenclaturas: *mendigos* (STOFELLS, 1977 e NEVES, 1983) *moradores de rua* (SCOREL, 1999), *nômades urbanos* (MAGNI, 1994 e 2006), *homens da rua* (NASSER, 2001 e ALVES, 1994), *trecheiro* e *andarilhos* (JUSTO e NASCIMENTO, 2000), *população de rua* (VIEIRA et al, 2004), *pessoas em situação de rua* (MATTOS, 2006), *população em situação de rua* (BRASIL, 2008). Há ainda o termo da Igreja Católica *povo da rua*, que faz associação direta com o *povo de Deus*. E não podemos

esquecer as denominações êmicas, como *pardal* e *trecheiro* bem como *catadores de papelão*.

De acordo com Mattos (2006), podemos destacar em importância dois estudos: o de Stoffels (1977) e o organizado por Vieira, Bezerra e Rosa (2004). O primeiro é marco na produção acadêmica sobre população de rua, apesar de usar o termo *mendigo*, destaca-se por seu pioneirismo, e possui imenso valor na tentativa de buscar uma conceituação científica para o termo *mendigo*, permeado por inúmeros preconceitos – que, ademais, permanecem até hoje vinculados a esta expressão. Stoffels também procurava apreender o *mendigo* a partir de sua inserção no modo de produção capitalista, chegando a delinear importante reflexão sobre a necessidade de conscientização e organização coletiva dessas pessoas.

O segundo, mais recente, além de utilizar a nomenclatura *população de rua*, ainda se preocupa com outras questões pertinentes ao tema, trata como as pessoas em situação de rua são vistas como parte da classe trabalhadora desempregada e como cidadãos desrespeitados em seus direitos sociais. Se o valor epistemológico dessa obra salta aos olhos, seu valor político é ainda mais importante: a visibilidade política gerada pela formulação do termo *população de rua*. Dessa maneira, data dessa época manifestações importantes da população de rua, com discussões na Câmara Municipal da cidade de São Paulo, além da instituição do dia de Luta do Povo da Rua. Abriam-se também espaços para as entidades que assistiam a estas pessoas participarem da reflexão sobre as políticas sociais a elas dirigidas.

Esse espaço conquistado, que Mattos destaca, está relacionado também com os movimentos realizados pela população de rua e a categoria política por eles cunhada: *população de rua*. São exemplos dessas conquistas o *Fala Rua*, o *Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis*, o jornal *O Trecheiro*, a revista *Ocas* – saindo das ruas e demais iniciativas existentes. Ou seja, com pesquisa que se desvencilha do senso comum – mesmo que inicial – é possível perceber que este grupo possui inserção política, meios de divulgação cultural, meios de informação, etc. e, portanto, não são excluídos, mas tem uma dinâmica de vida diferente do convencionalizado como padrão e são tratados pelo Estado de forma diferenciada, por se encaixar no dispositivo da gestão na parte fundamentalmente repressiva.

É possível fazer um balanço de como a discussão aparece e quais são as abordagens para este tema no Brasil contemporâneo. De acordo com Oliveira (2012), podemos distinguir, ao menos, cinco momentos: 1. Moradores de rua e migração, que

acompanhou o processo de desenvolvimento dos grandes centros urbanos no Brasil; 2. Na década de 1960 e início de 1970, a discussão sobre *marginalidade*, ou seja, “um contingente constituído pelas populações que estão na “margem” ou nas fimbrias das necessidades de consumos, das foças de trabalho (PEREIRA, 1978:153 *Apud* OLIVEIRA, 2012:16); 3. Na década de 1970, a ideia de *lúmpen*, incluindo todos em uma categoria homogênea, que não dava conta da explicação da realidade vivenciada por eles; 4. Começa a aparecer, na década de 1990, a explicação via questão social, exclusão, pobreza, desigualdade e vulnerabilidade social, em autores como Santos (1994), Castel (1998; 2006); 5. Relação entre migração, desemprego e pessoas vivendo nas ruas, abordadas no *I Encontro Nacional (População em situação de rua Brasil e Canadá)* e daí a ideia de *virar mendigo* (NEVES, 1995), fazendo referência ao *trabalhador em situação prolongada de desemprego* que se torna morador de rua.

É importante destacar, na abordagem de políticas sociais contemporâneas no Brasil, as mudanças estruturais das políticas públicas no país. Vindo de um processo de constitucionalização de direitos sociais eu tivera início no final da década de 1980, com a Constituição de 1988 (CF/88), as políticas sociais passam por um processo crescente de institucionalização, com as leis complementares às garantias mencionadas na Carta Constitucional. Desta forma, são criadas leis como: Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/1990); Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei 8.742/1993); Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei 8.069/1990); Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003); Estatuto da Pessoa Portadora de Deficiência (Lei 13.146/2015) e etc.. Na perspectiva de regulamentar os direitos sociais que já eram previstos na CF/88 e garantir a proteção social às condições de maior vulnerabilidade, como crianças, jovens, idosos e pessoas portadoras de deficiência.

É diante deste contexto que vai ser criada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), bem como a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS). A PNAS vai definir a proteção básica e a proteção especial, sendo, respectivamente, primeiro, uma proteção menos complexa, numa intervenção mais ligada à prevenção e, segundo, uma proteção mais complexa, ligada à garantia de direitos no caso de violação de direitos humanos. Para os dois tipos de proteção social são previstas dois equipamentos de Assistência Social, o CRAS (Centro de Referência em Assistência Social) e CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social). As políticas para PSR estão diretamente ligadas a este processo.

Políticas públicas destinadas à população em situação de rua

Podemos indicar que uma das críticas que poderia se fazer há cerca de uma década atrás sobre as políticas públicas destinadas à população em situação de rua seria a inexistência de um censo que contabilizasse essa população<sup>73</sup>, aliás, princípio básico para definir uma população é ter dimensão numérica de seu conjunto. Iniciativas de contabilização surgem de formas regionais somente no final da década de 1990: Porto Alegre (em 1995 e 1999), Belo Horizonte (em 1998 e 2005), São Paulo (em 2000 e 2003) e Recife (em 2004 e 2005). E, somente em meados de 2007 e início de 2008, que é realizado o Primeiro Censo Nacional da População em Situação de Rua. Esta lacuna existia porque o censo do IBGE é por amostra de domicílio. O que, necessariamente, deixa os não-domiciliados fora da contabilidade.

Do ponto de vista do crescente das políticas públicas destinadas à PSR, podemos dizer que hoje há mais iniciativas governamentais do que há uma década. Em outro trabalho (BARBOSA, 2007), fiz um levantamento de como os moradores de rua de São Carlos-SP davam conta de suas demandas e, na ausência de uma rede socioassistencial governamental, eles *se viravam* com as redes de assistência de iniciativa privada (sobretudo das ligadas às religiões) e tinham uma própria rede de ajuda mutua. Havia toda uma relação de locais onde conseguir comida, de bicas d'água mais escondidas no meio público, onde podiam lavar as suas roupas e realizar higiene pessoal, locais escondidos, nomeados por eles por eles como *mocós*, onde poderiam dormir e usar drogas.

Especificamente sobre drogas, é corriqueiro o seu uso entre a população de rua. Tanto as drogas lícitas, principalmente pinga, como as ilícitas, como maconha e, cada vez com maior proporção, o *crack*. Nas incursões a campo que tenho realizado, pude notar as referências diretas a estes usos e progressivamente como o uso do *crack* aumentou ou tornou-se mais visível para nós pesquisadores<sup>74</sup>. Interessante, todavia, é pensar como eles desenvolveram uma forma de autocuidado. Sobre o uso intensivo de álcool, o que eles fazem, normalmente, é beber até a exaustão dos seus corpos. Depois ficam um tempo “de molho”, com alimentação correta e sem álcool. Assim o corpo se

---

<sup>73</sup> Relação apontada entre estatística e populações é trabalhada por Foucault em Segurança, Território e População (2008).

<sup>74</sup> Ver: Martínez (2011), Oliveira (2012), Pereira (2013) e Rui (2014). Além dos trabalhos escritos, como estes pesquisadores compõe minha rede de diálogos acadêmicos sobre o tema, sempre conversamos sobre o assunto quando nos encontramos em eventos e reuniões acadêmicas. Desta forma, a percepção de mudança no perfil da população em situação de rua foi destacada por todos.



refaz e eles voltam a beber. Com o *crack* é um pouco mais complexo, mas Taniele Rui (2014) relata uma rotina semelhante de *cuidado de si*.

Antes das iniciativas ligadas à saúde, questionei gestores a respeito do atendimento à saúde da população em situação de rua. Este era um problema. Muitas vezes, quando moradores de rua passavam mal, as pessoas acionavam o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), que imediatamente respondia que moradores de rua eram uma questão da Assistência Social e, então, negavam atendimento<sup>75</sup>. Outra alternativa seria indicar para o cadastro do SUS o endereço do albergue da cidade. Ainda, segundo uma funcionária da gestão, recentemente outra alternativa encontrada seria cadastrar o morador de rua como *itinerante*, numa classificação que divide com ciganos e outras populações que saem da lógica domiciliada.

O debate sobre saúde para população em situação de rua ganhou mais força nos estudos atuais – e também nas políticas governamentais – no contexto dos consultórios de rua, ligados ao CAPS-AD (Centro de Apoio Psicossocial – Álcool e Drogas). Já por essa ligação com a rede de apoio psicossocial se faz evidente como esta população é classificada: ligada aos desvios mentais. Afinal, muitas pessoas não conseguem entender como muitas pessoas escolhem viver nas ruas. Incompreensível. Apenas a loucura justificaria tal escolha de vida. Além disso, de todas as informações colhidas em pesquisas e censos sobre a PSR, o que ficou mais evidente para os gestores foi a relação com as drogas, já que o atendimento, inicialmente, é preferencial para o apoio psicossocial.

Mais recentemente, o atendimento à saúde vincula-se ao Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS). Dessa forma, a amplitude do atendimento é maior: cuidar não apenas da saúde mental, mas de outras questões da saúde da PSR, como doenças crônicas (hipertensão, diabetes), doenças sexualmente transmissíveis, machucados nos pés, saúde bucal, tuberculose, etc.. O Consultório na Rua (CnaR) é uma espécie de *UBS itinerante*, que faz o que a saúde denomina como busca ativa de usuários. Assim, uma equipe itinerante faz rondas nas ruas, em busca de moradores de rua e outros usuários que ficam nas ruas, que necessitem de atendimento da saúde básica. Este equipamento foi desenvolvido para se tornar a *porta de entrada* no

---

<sup>75</sup> Sempre utilizo este exemplo em conversas e palestras para gestores de outras cidades. E é unânime o entendimento de que este problema também compõe as questões para acolhimento da população em situação de rua de demais municípios.

SUS, de modo que depois de um primeiro atendimento no consultório, o morador de rua pudesse seguir a rede de atendimento. O problema atual, até o momento identificado, é que este é um serviço recente e disponível apenas para cidades maiores e, como ainda não é muito conhecido, ainda sofre muita recusa de inserção na rede de atendimento.

### Políticas Públicas contemporâneas

As políticas públicas contemporâneas destinadas à PSR têm relação umbilical com todo o processo de criação e estruturação da Assistência Social como política universal de abrangência nacional unificada no Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Isto data de um longo processo, com iniciativas descentralizadas nos anos anteriores a 1930 e, depois – com a centralização do Estado e sua estrutura administrativa – há a centralização da Assistência. Chamada inicialmente de Assistência Pública – como forma de marcar a diferença entre a caridade e benevolência da Assistência Privada – a Assistência Social tem como um dos seus precursores intelectuais Ataulpho Nápole de Paiva. Já no início dos anos 1990, Paiva (1916) defendia a importância do Estado à frente da Assistência, mesmo que fosse como organizador das iniciativas privadas, pois, para ele, o Estado era o único capaz de garantir a Assistência sem interrupções.

Nos anos 1920, a assistência médica era pensada “como uma atribuição central, obrigatória, e permanente das instituições previdenciárias” (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985:90). No próximo período, dos anos 1930 a 1945, a assistência médica passa a ser vista como secundária e provisória da Previdência. Desta forma, a Previdência Social se constituiu como grande comprador de serviços médicos, mas diferentemente dos anos 1960 em diante, a relação de compra se dava com pequenas instituições<sup>76</sup>. A partir dos anos 1960, há crise previdenciária e privatização da assistência médica. Algo que será revertido apenas no processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Já no processo de redemocratização, depois da ditadura militar, há todo um processo de garantia de direitos, pressão dos movimentos sociais que agora tinham

---

<sup>76</sup> “Em síntese, nos primórdios da existência de nossa Previdência Social, dadas as condições que caracterizavam aquele período, abriu-se a possibilidade da criação de serviços próprios de assistência médicas nas instituições previdenciárias. No período seguinte, embora contasse com condições financeiras muitas vezes superiores para levar adiante esta alternativa, optou, ao contrário, pela ênfase na compra destes serviços. Só nos anos entre 1945 e 1964 é que a idéia da construção de próprios tomaria impulso, para voltar a decair nos anos seguintes” (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985:93).

demandas específicas dentro das singularidades de suas diferenças<sup>77</sup>. Neste processo, é promulgada a Constituição Federal de 1988 – que ainda é a constituição vigente – e foi aclamada como “Constituição Cidadã”, devido à garantia de direitos nela expressa. Na esteira da Constituição, vieram as leis complementares e estatutos, como a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Estatuto do Idoso. Bem como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), ambos visando ao atendimento universal em todo território nacional.

É neste processo que se estrutura o SUS e políticas setoriais, como o Programa de Saúde da Família (PSF), que busca uma atuação de Saúde Coletiva diferente da hospitalocêntrica, com base no território e nas especificidades locais. Também é momento da Reforma Psiquiátrica e a mudança do paradigma de manicômios para a rede de CAPS (Centro de Apoio Psicossocial). Além de programas como o Bolsa Família (PBF) que prevê ações conjuntas e intersetoriais entre a Saúde e a Assistência Social.

Especificamente sobre o SUAS e a Política Nacional de Assistência Social (PNAS),

teve iniciativa no cumprimento das deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em Brasília, em dezembro de 2003, e denota o compromisso do MDS/SNAS e do CNAS em materializar as diretrizes da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS [...]

Trata-se, portanto, de transformar em ações diretas os pressupostos da Constituição Federal de 1988 e da LOAS, por meio de definições, de princípios e de diretrizes que nortearão sua implementação, cumprindo uma urgente, necessária e nova agenda para a cidadania no Brasil” (BRASIL, 2004:11).

A política, então, se estruturou de forma universal, em busca de ampliação da cidadania e respeitando o pacto federativo. Ou seja, há atribuições e competências para os três níveis de governo, seguindo o que prevê a LOAS e a NOBS/SUAS (Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social). Assim também, segundo a Política Nacional de Assistência, além das demandas setoriais e segmentadas, respeita-se o “chão” de onde a política é operacionalizada, porque isto “faz diferença no manejo da própria política, significando considerar as desigualdades socioterritoriais na sua configuração” (BRASIL, 2004:14).

<sup>77</sup> Dagnino (2002) argumenta que pós-redemocratização, o inimigo comum fora combatido e, desta forma, os movimentos sociais se organizaram em suas pluralidades e especificidades.

A unificação da Assistência Social, diante da LOAS e da PNAS, faz um esforço em dar à Assistência Social o status de política pública e, desta forma, a desvincular da caridade benemerita. Assim, tenta trazer uma nova concepção de Assistência Social, agora ligada ao direito à proteção social e à seguridade social. Segundo a PNAS, há um duplo efeito desta concepção nova: “o de suprir sob dado padrão pré-definido um recebimento e o de desenvolver capacidades para maior autonomia” (BRASIL, 2004: 15-16). Sendo assim, o esforço da Assistência Social – pelo menos, diante de suas normativas nacionais – é o de desvincular o serviço da tutela e concepção “assistencialista”, para garantir o direito dos usuários e auxiliar na criação de sua autonomia.

Daí a importância da capilaridade da política de Assistência Social e das ações pautadas nas especificidades do território. Somente assim seria possível garantir que os usuários em potencial, normalmente invisibilizados, se tornem *clientela*<sup>78</sup> da política. Portanto, é impossível pensar a PNAS sem pensar na importância do território, a descentralização política e toda uma estrutura de repasse de verbas em políticas de transferência de renda. Todavia, cabe ressaltar, que as diretrizes nacionais encontram entraves para se concretizarem na prática da gestão cotidiana.

Parte dessa inviabilização da política social, também se dá pelas escolhas conceituais. Ou, dito de outra forma, porque as escolhas teóricas da Assistência Social reforçam, em alguma medida, a concepção de assistência como atividade benemerita. Segundo a PNAS, a Assistência Social atende quem está em condição de exclusão social:

Além de privações e diferenciais de acesso a bens e serviços, a pobreza associada à desigualdade social e a perversa concentração de renda, revela-se numa dimensão mais complexa: a exclusão social. O termo exclusão social confunde-se, comumente, com desigualdade, miséria, indigência, pobreza (relativa ou absoluta), apartação social, dentre outras. Naturalmente existem diferenças e semelhanças entre alguns desses conceitos, embora não exista consenso entre os diversos autores que se dedicam ao tema. Entretanto, diferentemente de pobreza, miséria, desigualdade e indigência que são situações, a exclusão social é um processo que pode levar ao acirramento da desigualdade e da pobreza e, enquanto tal, apresenta-se heterogênea no tempo e no espaço (BRASIL, 2004:36).

---

<sup>78</sup> Há forte disputa semântica e de termos. São razoavelmente intercambiáveis – e com algumas especificidades individuais – os termos: usuários, clientela e pacientes (no caso das políticas de Saúde). Todavia, nenhum termo denota o reconhecimento da cidadania.

Embora exclusão social tenha grande efeito na retórica política – de movimentos sociais ou da pressão de agentes públicos por financiamento de políticas sociais – para as Ciências Sociais é um conceito também amplamente debatido, mas que empobrece a discussão. Isto porque, de fato, é impossível que haja exclusão social. Nenhum indivíduo orbita sobre a sociedade ou é completamente excluído por ela. Mesmo na tentativa de definição da PNAS de exclusão social, há apenas a expressão de um juízo de valor sobre o perigo da exclusão, que poderia levar ao “acirramento da desigualdade e da pobreza”, sem, contudo, indicar como isto ocorreria e qual a especificidade da exclusão social.

### Dualidade na cobertura das políticas de Saúde

Esta configuração impacta diretamente na Saúde Pública e sua estruturação como política pública, relacionada a princípio com as CAPs (Caixa de Aposentadoria e Pensão), espécie de Previdência Privada criada para determinadas categorias profissionais registradas no Ministério do Trabalho. Ao passo que a assistência em Saúde para os mais pobres era garantida, em alguma medida, pelas Santas Casas de Misericórdia. E assim temos a diferença entre Previdência Social e Assistência Social, com a participação no mundo formal do trabalho como elemento diferenciador<sup>79</sup>.

Em sua gênese, a estruturação da Saúde Pública apresenta esta dualidade, que se relaciona com essa clivagem entre trabalhadores e não-trabalhadores. Portanto, a Saúde se divide em uma assistência médica individual, ligada à Previdência Social e em ações de saúde de caráter coletivo destinados aos mais pobres, normalmente, com recursos estatais escassos:

[...] os serviços estatais de saúde pública eram caracterizados por um modelo de higienização da sociedade, tanto em termos de educação sanitária como da necessidade de controle de epidemias que poderiam acarretar prejuízos à economia do país. Esse tipo de serviço se destinava a moléstias consideradas como “doenças de pobre”, encobrendo apenas a atenção primária em saúde [...]” (LUNA, 2009: 309).

---

<sup>79</sup> “A assistência social é destinada aos cidadãos que são incapazes do seu auto-provimento e, portanto, são marcas do *Estado Providência* – aquele que provém. A previdência social é a garantia de direitos trabalhistas, e, portanto, associada aos que fazem parte do mercado formal (e urbano, no caso brasileiro), são marcas, então, do *Estado Providência* – ou seja, ele não provém, mas regula as relações entre capital e trabalho” (BARBOSA, 2011).

Cabe destacar também que a associação entre pobreza, doença e delinquência se torna cada vez mais explorada. E demonstra, muito provavelmente, a gênese sócio-histórica da relação entre Saúde, Assistência Social e Segurança Pública apontada por este trabalho nos dias atuais. E devido à visão de direitos sociais como direitos do trabalho, há uma consequência imediata: o não-trabalhador não é digno de reconhecimento como cidadão. Desta forma, estrutura-se toda uma rede de acolhimento associada à caridade, que pressupõe uma relação desigual: alguém precisa receber algo que outro alguém possui capacidade de doar.

A ideia de dom associada à caridade impossibilita o reconhecimento da cidadania no outro, pois a dádiva “é também um recurso do poder, usado em rituais de exibição de *status*, garantindo uma posição de prestígio ao doador”. Como cria uma relação desigual, já que a doação indica a superioridade de quem doa, é fundante de uma relação assimétrica que nunca reconhecerá igualdade e, portanto, cidadania no outro (ZALUAR, 1997).

Dito de outra forma, na relação com o Estado, essas classes são afetadas pela “má-fé institucional”<sup>80</sup> (Souza, 2009; Freitas, 2009; Luna, 2009; Coutinho, 2009). Este conceito busca quebrar com a ideia de racionalidade do Estado e isonomia entre os indivíduos. Demonstra como diferentes posições sociais e recursos simbólicos permitem aos indivíduos acessarem de diferentes maneiras as políticas públicas e, em sua versão mais extrema, como esta condição nega o reconhecimento de cidadania e até mesmo de humanidade a determinadas parcelas da população, que segundo Souza (2009) podem ser chamados de “ralé estrutural”<sup>81</sup>. Desta forma, são os “pacientes da ralé”, aqueles que na dicotomia foucaultiana, deixamos morrer:

[...] é a falta de reconhecimento de sua cidadania que está implícita no tratamento desigual recebido pelas pessoas de outras classes [relacionada com] a ação de instrumentos técnicos que permitem

---

<sup>80</sup> “Quando falamos de má-fé institucional nos referimos a um padrão de ação institucional que se articula tanto no nível do Estado, através dos planejamentos e das decisões quanto à alocação de recursos, como no nível do micropoder, quer dizer, no nível das relações de poder cotidianas entre indivíduos que, dependendo do lugar que ocupam na hierarquia social, podem mobilizar de forma diferente os recursos materiais e simbólicos que as instituições oferecem [...]” (FREITAS, 2009:294-5).

<sup>81</sup> Segundo Souza (2009), a “ralé estrutural” chama atenção para “o abandono social e político, “consentido por toda a sociedade”, de toda uma classe de indivíduos “precarizados” que se reproduz há gerações enquanto tal. Essa classe social, que é sempre esquecida enquanto uma classe com uma gênese e um destino comum, só é percebida no debate público como um conjunto de “indivíduos” carentes ou perigosos, tratados fragmentariamente por temas de discussão superficiais, dado que nunca chegam sequer a nomear o problema real, tais como “violência”, “segurança pública”, “problema da escola pública”, “carência da saúde pública”, “combate à fome” etc” (SOUZA, 2009:21).

garantir relações de dominação que acaba por subjugar uma classe inteira de pessoas e fabricar sujeitos debilitados em saúde, acometidos pelas intituladas “doenças de pobre”, ao mesmo tempo em que privam pessoas do atendimento de qualidade que lhes é garantido formalmente em lei (LUNA, 2009:312-313).

A maneira como se estruturou tanto a Assistência Social, como a assistência em Saúde de modo que “o trabalhado formal é explicitamente recompensado pelos serviços de saúde de maior qualidade, pois contribui para a expansão do mercado” (LUNA, 2009:308) apontam para uma questão mais fulcral em nossa sociedade: a desigualdade social, que não reconhece o outro e não concede cidadania a determinadas classes. Longe de se tratar de “exclusão social”, o tratamento destinado às classes mais pobres, que, normalmente, estão fora da lógica do trabalho, é o controle. Controle via políticas públicas – em sua maioria repressivas. Controle que, em sua versão mais radical, não reconhece a humanidade no outro e o compara com animais.

Em minha pesquisa de campo, durante a primeira incursão, o município de Jaboticabal contava com o *Saúde na Rua*, uma espécie de Consultório na Rua experimental. Como o município é de médio porte e, portanto, não recebe verba específica para o Consultório na Rua ou o Centro Pop, a gestão criou alternativas para seguir as diretrizes nacionais.

Os atendimentos do *Saúde na Rua* são realizados em avenida marginal que corta grande parte da cidade. Na marginal do rio há pontes. Uma ponte em específico ficou conhecida como *Cracolândia* local, porque é onde alguns usuários usam drogas e dormem ou realizam rotinas privadas. Esta situação ganhou grande repercussão na cidade e a solução política<sup>82</sup> encontrada foi *fechar a ponte*<sup>83</sup>, ou seja, fazer uma parede no vão que dava acesso ao espaço embaixo da ponte. Todavia, em vez de eliminar o problema, o vão ficou mais protegido dos olhares curiosos e amedrontados dos

---

<sup>82</sup> Nem sempre as decisões da gestão se pautam em questões técnicas, mas atendem também às demandas políticas. Ou seja, dito de outro modo, neste caso, a decisão sobre “*fechar a ponte*” foi tomada diante de pressão dos munícipes e, portanto, uma decisão que visou, primordialmente, à boa imagem da gestão e ao atendimento do desejo dos munícipes.

<sup>83</sup> Segundo relatado pelo psicólogo do CREAS, uma das situações polêmicas envolvendo a “Ponte” de Jaboticabal relaciona-se com uma pessoa em situação de rua que estava dormindo, provavelmente depois de utilizar drogas, debaixo da ponte e morreu afogada, quando choveu e o rio subiu de nível. Sendo assim, uma equipe – com representantes da Secretaria de Assistência Social, da Secretaria de Saúde e da Secretaria de Obras – pensou a intervenção na “Ponte”, ou seja, “fechar a Ponte” e oferecer apoio psicossocial para quem estivesse ali: “Nós fomos com número X de vagas para internação para tratamento de dependência para quem... Internações voluntárias, né? Já reguladas [...] Apenas duas pessoas aceitaram ir para a internação [de aproximadamente 25 pessoas]” (Entrevista realizada em 30 de agosto de 2016, com Rogério, psicólogo do CREAS).

municípios e, desta forma, os usuários continuam utilizando o local como *mocó*, apenas precisando traçar outra rota de entrada no vão debaixo da ponte.

O ônibus do *Saúde na Rua* estaciona próximo à *Cracolândia*, sob a justificativa de precisar dos recursos energéticos do posto de gasolina que fica nas aproximações. Desta forma, a equipe de saúde fica parada no local, à espera que os usuários os procurem. No dia que estive presente no atendimento, apenas as agentes comunitárias de saúde, que chegaram depois do início do atendimento, que foram fazer a busca ativa, juntamente com João Pedro, que é responsável pela abordagem social de rua diurna do município.

Mais do que o acolhimento à PSR, como o ônibus chama a atenção de quem passa pelo local, muitos cidadãos que não se encontram em situação de rua procuram o atendimento. Em sua maioria, para testagem de DST e possíveis encaminhamentos. Pude acompanhar apenas o atendimento de três pessoas em situação de rua. Depois de cerca de 2 horas estacionados e poucos atendimentos, a assessora da secretária de saúde anunciou que deveríamos partir, deixando indicado um possível atendimento depois de 2 meses<sup>84</sup>. Mesmo na tentativa de acolher a PSR, a moral dos agentes do atendimento mostrou-se um dilema no acolhimento:

*As agentes, então, voltaram com duas pessoas de debaixo da ponte: Silmara e Marisa. Silmara, segundo a fala de Marisa, “precisa cuidar do pulmão”. O médico fala que ela precisa é cuidar da TB. Marisa é chamada por Marisa e Thales, porque é uma trans e há todo um conflito em relação ao modo como chamá-la. As duas vão fazer testes. Marisa chega falando que já teve HPV e que está limpa, que não tem mais nada. O procedimento, pelo que pude observar, se dá desta maneira: busca ativa com as agentes comunitárias de saúde, acolhimento com uma psicóloga, depois a testagem e, por fim, orientações com o médico.*

[...]

*Em algum momento Júlia pergunta para o médico como é que as pessoas conseguem viver assim com tantos “bichos” (bactérias, micróbios, vírus). Ele responde que não é uma comparação o que ele vai falar, mas que “é como cachorro de raça e vira-lata. Vira-lata come osso de frango e não faz mal”. E Júlia concordou, sem qualquer espanto sobre esta comparação. Isto me incomodou profundamente (Diário de campo, 12 de agosto de 2015).*

---

<sup>84</sup> Inicialmente, o “Saúde na Rua” era um atendimento quinzenal. Depois passou a ser mensal. E, nesta vez que estive com eles na rua, foi combinado que seria depois de 2 meses. A justificativa seria a falta de adesão por parte da clientela desejada. A equipe do “Saúde na Rua” não é fixa. Desta forma, quem está disponível no dia vai compor a equipe de acolhimento. Sendo assim, imagino, que muita se perde na questão do vínculo com a clientela desejada.



Embora haja uma Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua e tanto no SUA como no SUAS seja prevista a equidade no acesso e combatida a discriminação por quaisquer motivos, as questões morais atravessam o atendimento em Saúde ou acesso aos serviços públicos em geral. De acordo com Fassin (1998) a Saúde Pública classifica, muitas vezes, os indivíduos do acolhimento como *figuras urbanas da saúde pública*, esvaziando o indivíduo de sua cidadania e o encarando apenas como suas doenças e encaminhamentos que devem ser feitos. Neste caso, além do *portador de doença* o usuário de Saúde é ainda comparado com *cachorro vira-lata*, o que o desumaniza.

Como nem sempre os encaminhamentos são possíveis para serviços ideais para cada caso, há casos extremos cujo efeito colateral dos encaminhamentos é “produzir socialmente a loucura”, como na trajetória de Cinthia (MALFITANO *et al.*, 2011). Na ausência de um acolhimento melhor indicado, foi encaminhada à rede de Saúde Mental e, progressivamente, foi adquirindo as características do *doente mental clássico*. Ou, ainda – em caso menos grave para o indivíduo, mas com repercussão negativa na gestão – o caso de Luciene (MARTINEZ *et al.*, 2014), que de travesti é acolhida como moradora de rua e operacionaliza toda a rede de acolhimento da assistência social, de modo a utilizar a identidade que mais a beneficiava conforme a situação. Embora mostre que os usuários não são passivos à política pública – algo positivo do ponto de vista da relação do Estado com processos de sujeição e subjetivação – este caso gerou transtornos fortes na CREAS-POP do município, porque a instituição fora obrigada a acolher alguns usuários fora do perfil de atendimento, o que gerou grande disputa interna na CREAS-POP, inclusive com episódios de violência física.

Ainda sobre os enquadramentos pré-concebidos, Gabriel, moço acolhido pela Casa Transitória, ao contrário do habitual, estava emagrecendo mais a cada dia. Normalmente, quando internos na Casa Transitória, os residentes ficam com aparência mais saudável, passam por um *processo de engorda*, devido ao acesso à higiene pessoal e às refeições diárias, além do afastamento da *vida loka*, que requer não consumo de álcool ou outras drogas. Gabriel, todavia, estava abatido e queixando-se de mal-estar:

*Gabriel tem se queixado de dores nas costas e no peito. Podem ser derivadas da abstinência ou mesmo tuberculose. Já há médico marcado para ele. João Pedro conversa com ele, sobre a necessidade de aguentar firme, se for por causa da abstinência. Ele concorda e diz que vai esperar o médico (Diário de campo, 10 de agosto de 2015).*

Depois de minha primeira saída de campo, após consultas médicas e exames, descobriu-se que Gabriel tinha, na verdade, linfoma em estágio avançado. Sendo assim, foi encaminhado para Barretos e restabeleceu os laços com a mãe, cujo relacionamento era complicado. Este caso me fez refletir sobre as *caixinhas mentais* criadas e onde os serviços e as pessoas encaixam as pessoas que procuram o acolhimento. Até o momento que eu ainda estava na minha primeira incursão à pesquisa de campo, Gabriel era considerado um caso de abstinência apenas. Algum tempo depois, recebi pelo WhatsApp a notícia que Gabriel falecera. Nenhum residente da Casa Transitória quis ir ao velório/enterro.

A morte é algo recorrente entre a população em situação de rua. *Fazer viver e deixar morrer*, a máxima da biopolítica faz completo sentido neste contexto. Fazer viver de uma forma específica, com padrões de saúde pensados por uma elite que pouco se aproxima da realidade de vida dos mais pobres. *Deixar morrer* quando as iniciativas pensadas para aquela população não surtiram efeito ou não tiveram adesão por parte da população:

[...] O grande porém da nossa história foi o fato de a promoção da vida ter afeto mais eficientemente um grupo extenso de pessoas, deixando outros grupos, também extenso, negligenciado. Assim, o efeito das políticas públicas que se o que justifica a denominação de “doenças da pobreza”. Por outro lado, muitos programas contra essas doenças não alcançam êxito, devido em parte ao fato de muitos pacientes abandonarem o tratamento. São pessoas que, além de não possuírem uma base formal de ensino e uma conduta de vida disciplinada, não dispõem de habitação saneada, fatores que acarretam o fracasso no prosseguimento das ordens terapêuticas. Em outras palavras, a não consideração das condições de existência dessas pessoas faz com que muitos programas estejam destinados ao fracasso (LUNA, 2009:313-314).

Além desta questão da distância entre o sistema que produz a política social e o mundo em que se vivem os destinatários da política, há também a questão da moralidade como peça fundamental na prática das políticas públicas. Especificamente no contexto da população em situação de rua, os julgamentos morais atravessam as relações a todo momento e definem, muitas vezes, as tomadas de decisões mais do que as orientações da Política Nacional.

Em minha experiência de pesquisa de campo, em município de médio porte, pude acompanhar as estratégias cotidianas para colocar em prática as intersetorialidade prevista tanto no SUS como no SUAS. Com base de pesquisa na Casa Transitória, pude acessar parte da rede de acolhimento: os atendimentos cotidianos da Casa Transitória, o CREAS, o CAPS, o Saúde na Rua e reuniões da gestão na Secretaria Municipal de Assistência Social, ou mesmo, reuniões externas como no Hospital Santa Tereza. Tal inserção, possibilitou-me entender como se dão esses espaços de negociações para efetivar o acesso a direitos da PSR e, com a mobilidade dentro da rede que me foi permitida, tentar entender como funcionam as diversas visões a respeito dos casos existentes no acolhimento.

Também, é preciso destacar, que esta posição peculiar dentro da rede de acolhimento me permitiu perceber que há várias visões dentro da complexa estrutura da política pública. No topo há o *policymaker*, que idealiza a política e que, normalmente, é um especialista técnico no assunto, com acúmulo de anos de estudos na área. São produzidos decretos, manuais e toda sorte de documentos oficiais sobre determinada população e quais indicações para o atendimento delas. Todavia, além dos entraves burocráticos de repasses de verbas, há também uma grande distância – física e de compreensão da política pública – entre o *policymaker* e o operacionalizador cotidiano da política pública, este, normalmente, sem treinamento ideal e com relações precárias de contrato de trabalho. Como pude observar, a operacionalização da política está mais relacionada ao discernimento moral do funcionário na ponta do sistema do que ao conhecimento técnico da política pública.

Mesmo diante de todas as normativas nacionais, políticas e manuais destinados aos trabalhadores da Assistência Social e da Saúde, é necessário destacar que existem entraves morais para o atendimento dos mais pobres e, nesta mesma direção, da população em situação de rua. As justificativas – embora encontrem algum respaldo nos saberes médicos e nas estruturas de atendimento em saúde – têm origem moral. Neste sentido, para avançar neste ponto, ainda são necessárias grandes mudanças na formação dos profissionais e no treinamento cotidiano das equipes.

### Intersetorialidade

Segundo a Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua, em suas diretrizes:

I – Implementação de políticas públicas nas esferas federal, estadual e municipal, estruturando as políticas de saúde, educação, assistência social, habitação, geração de renda e emprego, cultura e o sistema de garantia e promoção de direitos, entre outras, **de forma intersetorial e transversal** garantindo a estruturação de rede de proteção às pessoas em situação de rua;

[...]

IX – Ação intersetorial para o desenvolvimento de três eixos centrais: a garantia dos direitos; o resgate da auto-estima e a reorganização dos projetos de vida. (BRASIL, 2008, **negrito meu**).

Desta forma, a proposta de intersetorialidade e transversalidade aparecem especificamente na política destinada à PSR bem como é prevista do SUAS (Sistema Único de Assistência Social) e no SUS (Sistema Único de Saúde). Ainda, em relação às estratégias, a política prevê para o campo da Saúde:

1. Garantia da atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua e adequação das ações e serviços existentes, assegurando a equidade e o acesso universal no âmbito do Sistema Único de Saúde, com dispositivos de cuidados interdisciplinares e multiprofissionais;

[...]

7. **Apoio às iniciativas de ações intersetoriais** que viabilizem a instituição e manutenção de Casas de Apoio ou similares voltadas para pessoas em situação de rua, em caso de alta hospitalar, para assegurar (BRASIL, 2008, **negrito meu**).

Fica clara, então, a visão da política pública que reconhece na temática da PSR algo complexo que requer envolvimento de várias áreas, como: Educação, Saúde, Habitação, Cultura, Trabalho & Emprego, além da Assistência Social. Desta forma, o tratamento à questão deve ser multiprofissional e intersetorial e, assim, leva em consideração o “território”<sup>85</sup> da população em situação de rua. Segundo o Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua, a relação com a circulação pelo território eleva a importância da articulação da rede de serviços:

Levando-se em consideração ser característica dessa população a circulação constante por diversos territórios, é de suma importância a articulação da rede de serviços no sentido de efetivar a coordenação do cuidado e fortalecimento do vínculo não só pela equipe do Consultório na Rua, como também pelas equipes das UBS, de modo

---

<sup>85</sup> Segundo o Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua, território é compreendido “como processo e para além de sua extensão geográfica, representa uma complexidade de fatores que, no diagnóstico situacional da rua, devem ser considerados. Frente aos diversos perfis e olhares, a equipe do Consultório na Rua deve ampliar sua percepção no sentido de reconhecer nesse contexto as variáveis sociais, culturais, demográficas, sanitárias, administrativas, políticas, econômicas, entre outras, de valiosa importância na construção do planejamento da equipe” (BRASIL, 2012:34).

que estas também sejam referência e se responsabilizem pelo usuário (BRASIL, 2012:32-3).

Ainda, sobre a especificidade da PSR, o Manual destaca que este público não acessa o SUS, normalmente, pela “porta de entrada” comum ao sistema – a atenção básica –, pois quase sempre a procura pelos serviços de acolhimento em Saúde se dá quando o corpo já está doente, a ponto de interferir nas atividades diárias:

Na dimensão do acesso do usuário em situação de rua, vale ressaltar que esse grupo social normalmente se reporta ao serviço de saúde em situações emergenciais, não reconhecendo seu corpo doente até que o sintoma paralise suas atividades diárias. Assim, diante das especificidades do atendimento a essa população, mesmo sem consulta marcada ou encaminhamento para marcação de consulta – no fluxo hierarquizado de referência e contrarreferência –, esse usuário deve ser acolhido para que consiga alguma orientação, conforto e encaminhamento para a resolução de seu problema. Caso contrário, sua circulação/acesso pela rede poderá ficar impossibilitada perante os inúmeros procedimentos impessoais e burocratizados (BRASIL, 2012:33-4).

O Manual de cuidado indica que o acolhimento<sup>86</sup> para população em situação de rua seja realizado mediante três princípios básicos: território, grupo social e singularidade do sujeito. “Território” deve levar em consideração onde a PSR estabelece suas rotinas diárias e quais vínculos possui com o local, de modo que território não seja apenas o local físico e sim uma composição com todas as relações sociais existentes. “Grupo social” refere-se ao grupo de origem da PSR, se o indivíduo tem algum vínculo com outra pessoa que esteja em situação de rua, qual a característica do grupo ao qual se filia, etc.. E, por fim, a “singularidade do sujeito” que está relacionada com sua trajetória individual, sua história de vida, suas queixas de saúde e os riscos e situação de vulnerabilidade a qual está submetido.

Desta forma, o acolhimento da PSR exige muita sensibilidade por parte de quem faz a abordagem inicial e, como indicado na Política Nacional e no Manual de cuidado, deve ser realizado mediante ações intersetoriais, com equipes multiprofissionais, na tentativa de responder às demandas complexas desta clientela.

---

<sup>86</sup> “Acolhimento é muito mais do que receber o usuário de forma acolhedora. Acolher é compreender a sua demanda para além da queixa principal apresentada, é perceber esse cidadão no seu contexto social e inseri-lo em uma rede de atenção à saúde em que a atenção básica é a coordenadora do cuidado” (BRASIL, 2012:39).

Tensões entre Assistência Social e Saúde

*Vânia liga na Casa Transitória para avisar que Romário, segundo exames que realizou, não está em fase de contágio da tuberculose (TB). Tem consulta amanhã com o médico do Ambulatório de Saúde Mental, às 16h. Segundo ela, temos três opções: (1) procurar por ele amanhã, (2) combinar com ele hoje, (3) acolher na CT para ter garantia que ele vai estar em condições de ir à consulta.*

*No dia seguinte, perto da hora do almoço, somos informados que o médico não atenderia no período da tarde. De acordo com a informação que nos passaram na Secretaria de Assistência Social, o Ambulatório não conseguiu entrar em contato para que o Romário fosse pela manhã. Achamos estranho, porque ninguém, recebeu ligação de lá. Sendo assim, a consulta ficou para quarta-feira da próxima semana, no horário do almoço (**Diário de campo**, 30 de julho de 2015).*

*Romário veio em buscar de acolhimento porque precisa de tratamento (TB). Letícia pediu para ele vir no próximo dia. Porque ele tem consulta marcada para quarta-feira, 5/8, às 12h30. Passamos (na quarta) avisar e Letícia pediu ao Ademir que acompanhasse o Romário para tomar banho antes da consulta na C.T. e depois ao atendimento médico (**Diário de campo**, 04 de agosto de 2015).*

Uma das doenças que mais atinge a população em situação de rua é a tuberculose. Esta ressalva aparece tanto nos documentos oficiais, como é perceptível no campo. É uma doença com maiores índices de contágio entre a população em situação de rua, a população carcerária e a população indígena. A tuberculose é de alto contágio e, desta forma, é de notificação compulsória. A forma de tratamento é ambulatorial, mas, quando há não-comparecimento às doses de remédios, o tratamento passa a ser hospitalar, com encaminhamento compulsório ao asilamento. Um hospital de referência ao tratamento é o “Nestor Goulart Reis”, localizado no município de Américo Brasiliense-SP<sup>87</sup>.

Este caso em específico de Romário é ilustrativo sobre a comunicação entre Assistência Social e Saúde. De modo geral – embora prevista na política do SUS – a busca ativa<sup>88</sup> da população em situação de rua é negligenciada pelos serviços de saúde. Isto aparece tanto na minha experiência com o “Saúde na Rua”<sup>89</sup>, como na reclamação

<sup>87</sup> Para estudo sobre tratamento de tuberculose em hospital de referência, ver BOLDRIN (2015).

<sup>88</sup> O sentido mais comum atribuído à busca ativa, muito usado nas ações de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Saúde do Trabalhador, é ir à procura de indivíduos com o fim de uma “identificação sintomática”, principalmente das doenças e agravos de notificação compulsória (BRASIL, 2001).

<sup>89</sup> Saúde na Rua é um equipamento destinado ao acolhimento em saúde da PSR em Jaboticabal. Será discutido mais para frente.

por parte de João Pedro, motorista e responsável pela abordagem social de rua<sup>90</sup> da Casa Transitória no período matutino/vespertino. Especificamente sobre a tuberculose, me foi relatado que depois de avisarem a Secretaria de Saúde diversas vezes sobre um caso de um morador de rua com tuberculose, a equipe diurna da abordagem social de rua foi até o local e acolheu o morador de rua. Transportaram o doente dentro da perua da abordagem e encaminharam para um serviço de atendimento em saúde. Depois do ocorrido, foi chamada a atenção deles, por parte da Saúde, porque eles deveriam ter tomado algumas medidas e usado os EPI's (equipamentos de proteção individual) indicados.

Há, então, um dilema: quando tentam acionar os serviços de saúde, eles se negam, diante da argumentação de que *população em situação de rua é problema da Assistência Social*. Quando a Assistência Social toma alguma medida – sem nenhuma orientação técnica prévia da Saúde – os envolvidos são advertidos, porque é necessária uma gama de cuidados com doenças de alto contágio como tuberculose.

Ainda, quando não há qualquer intervenção direta e a Assistência Social tenta apenas *fazer a ponte* entre os serviços de atendimento em saúde e a PSR, a comunicação precária entre as áreas faz com que consultas sejam desmarcadas sem aviso prévio, por exemplo. O que mais parece uma recusa da Saúde em atender a PSR. Hipótese que encontra respaldo em casos mais explícitos:

*Diogo reclamou que um médico se recusou a atendê-lo, alegando que ele precisava tomar banho. Leticia perguntou o nome do médico e ele não soube informar. Ela explicou que sem este dado seria difícil fazer uma reclamação formal (Diário de campo, 05 de agosto de 2015).*

Por mais que a comunicação entre Assistência Social e Saúde seja precária em alguns momentos e sejam necessárias muitas negociações, segundo a visão dos próprios moradores de rua é a partir da Assistência Social que eles acessam as redes de cuidado. Ou seja, mesmo que de maneira não-ideal, a Assistência Social é *porta de entrada* ao acolhimento e efetivamente realiza uma intersectorialidade com a Saúde:

*Vejo que em Jaboticabal existe uma boa parceria dos setores públicos em relação ao atendimento médico para o morador de rua. Dentista, psicólogo, psiquiatra ou clínico geral. Os moradores de rua são*

---

<sup>90</sup> A abordagem social de rua, segundo site da Prefeitura Municipal de Jaboticabal, “consiste em fazer um levantamento sobre a situação dos moradores de rua que vivem na cidade e oferecer-lhes ajuda. O trabalho será intersectorial e pretende traçar estratégias e ações para atendê-los em suas necessidades”. Disponível em: <http://www.jaboticabal.sp.gov.br/2010/index.php/noticia/visualizar/jaboticabal-cria-servico-especializado-de-abordagem-social>. Último acesso em: 09.04.2016.

*atendidos com maior rapidez quando são encaminhados pela assistência social do que quando vão procurar por conta própria (Ademir, morador de rua, sobre minha fala no I Fórum sobre População em Situação de Rua de Jaboticabal. **Diário de campo**, 10 de agosto de 2015).*

Além dessas experiências de comunicação entre os atendimentos – com destaque notório para a Assistência Social como *porta de entrada* da rede de acolhimento também em Saúde – o município de Jaboticabal conta com o *Saúde na Rua*, uma espécie de Consultório na Rua experimental. Como o município é de pequeno porte e, portanto, não recebe verba específica para o Consultório na Rua ou o Centro Pop, a gestão criou alternativas para seguir as diretrizes nacionais.

### *Recorte populacional das políticas públicas*

*Matheus aparece na Casa Transitória atrás de passagem para Taquaritinga. Disse que já havia conversado com a assistente social e sabe que está fora do perfil de atendimento, mas que está trabalhando e pensou na possibilidade de almoçar na Casa Transitória. Explico para ele que ele deve conversar sobre isso com a assistente social. Que eu não saberia responder. Ele disse que passaria na semana que vem para conversar com ela. Mas, depois do almoço, quando chego na Secretaria de Assistência Social, ele está lá, conversando com a diretora de proteção especial (**Diário de campo**, 31 de julho de 2015).*

Matheus começou a trabalhar em Jaboticabal e nos primeiros quinze dias não receberia pagamento, desta forma, estava no município de Jaboticabal sem muitos recursos. Em conversa anterior com a assistente social da Casa Transitória, foi recomendado que ele procurasse a prefeitura de seu município de origem em busca de auxílio para deslocamento neste primeiro mês e que permanecesse abrigado na casa do pai, com quem ainda tem contatos, apesar de atritos devido ao uso de bebida alcoólica. Esta recomendação foi feita pela assistente social porque ele não está em situação de rua e, portanto, não se enquadra no perfil de atendimento da Casa Transitória. O perfil de atendimento estava sendo levado mais a sério ainda devido a problemas de abastecimento de suprimentos que a Casa Transitória estava passando.

Se é verdade que existe um recorte baseado no tamanho da população dos municípios para repasse de verba destinadas à implantação de políticas públicas, a implantação das políticas públicas também define recortes populacionais para o seu



atendimento. Após a conversa de Matheus com a diretora de proteção especial de Jaboticabal, eu e João Pedro – funcionário da Casa Transitória – também conversamos com ela a respeito deste caso. Apareceram várias possibilidades: indicar que ele pedisse ajuda ao seu município de origem; residir junto ao pai no início do contrato de trabalho; acessar um restaurante popular, etc.. Nenhuma foi uma solução possível, ou por falta de recursos do município ou por indisponibilidade de redes de apoio familiares.

A principal preocupação da diretora de proteção especial era garantir a segurança alimentar de Matheus. Ela ainda fez um comentário para mim: *pensar a Segurança Alimentar também é pensar a Saúde*. Sem dúvida, a segurança alimentar compõe os cuidados relacionados à saúde. Seria impossível pensar um cidadão saudável sem a alimentação mínima para garantir um corpo saudável e, no caso de Matheus, com força para o trabalho. Desta forma, a diretora de proteção especial liberou 15 refeições (almoço) para Matheus na Casa Transitória.

Este foi um dos momentos de grande tensão que identifiquei no campo. Por um lado, é altamente compreensível esta recusa ao atendimento de pessoas que não se enquadrem no perfil de atendimento, principalmente, levando em consideração a debilidade daquele momento de recursos alimentares na Casa Transitória. Por outro lado, negar refeições a alguém que as pede é não garantir a segurança alimentar de um cidadão que está em situação de vulnerabilidade alimentar. Há ainda a questão delicada de consulta por Matheus a duas instâncias do acolhimento e respostas que são diferentes entre si. O que demonstra que a clientela dessas políticas também sabe muito bem como utilizar os mecanismos do serviço público a seu favor.

#### *Perfil específico: população masculina*

Diante desta particularidade do município e dos vários mecanismos engendrados para tentar dar conta das demandas da PRS local, merece destaque no município de Jaboticabal a presença de mulheres nas ruas. Normalmente, o perfil da PSR é majoritariamente masculino e, em municípios como São Carlos – onde realizei pesquisa de campo com PSR entre os anos de 2005 a 2010 – a presença de mulheres é bem menor. Eu pude conversar sistematicamente apenas com uma mulher e uma travesti.

Em Jaboticabal, já no primeiro dia de pesquisa de campo, pude entrar em contato com a história de Rosália e Gislaine. Depois contaram-me a história de Angélica. E, além destes casos, ainda soube de um caso sobre meninas-trans que foram expulsas da

Casa do Menor<sup>91</sup>, segundo João Pedro, porque elas começaram a andar de roupas curtas e incentivar o contato sexual com outros meninos. Todas estas informações me foram passadas em uma ronda com João Pedro, que é responsável pela abordagem social de rua. Eu contabilizei com ele, nesta conversa inicial, cerca de 10 mulheres em situação de rua. Depois voltei ao assunto numa visita ao CAPS, em conversa com Vânia e Annelise, responsável, à época, pelo CAPS:

*Depois deste primeiro momento de apresentações, a conversa fica mais descontraída. Surge o assunto sobre as mulheres em situação de rua de Jaboticabal. Comento que conversando com o João Pedro, contabilizamos cerca de 10 mulheres, o que eu considerava bastante. A Vânia me diz que achava pouco, porque equivale a cerca de 10% da população em situação de rua (que estava na faixa de 100, no primeiro senso realizado pela Secretaria Municipal de Assistência Social). Eu comento que em São Carlos, à época que fiz pesquisa de campo, também havia cerca de 100 pessoas em situação de rua e que eu conheci do campo apenas uma mulher – depois penso que poderia ter considerado a Lucienne<sup>92</sup> e, portanto, seriam duas: uma “cis” e outra “trans” – mas não entrei nessa discussão. De qualquer forma, os relatos de mais ou menos 10 mulheres que são permanentemente atendidas pelo acolhimento à PSR me chamaram atenção (Diário de campo, 22 de julho de 2015).*

Esta é uma questão que saltou ao olhos, logo no início da pesquisa de campo. Mesmo com um número significativo de mulheres em situação de rua, o município não possui atendimento específico para as mulheres. A elas ficam legadas os atendimentos mais paliativos possíveis (entrega de roupas, de produtos de higiene pessoal, cadastro e acompanhamento no CREAS – sem que elas saiam da situação de rua). Ainda, em casos mais complexos, a internação é recorrente. Tive a impressão que a internação contravontade dessas mulheres é mais naturalizada entre as mulheres do que entre os homens.

Não sei se porque não há muitas alternativas no acolhimento à mulheres ou se a intervenção nos corpos e nas vidas femininas é mais aceitável do ponto de vista social.

---

<sup>91</sup> Jaboticabal conta com duas instituições de acolhimento para pessoas vulneráveis com menos de 18 anos: a Casa do Menor (para meninos) e o Recanto das Meninas (para meninas). Em relação às meninas-trans, elas estavam na Casa do Menor, ou seja, levaram em consideração o sexo biológico.

<sup>92</sup> Lucienne é uma travesti moradora de rua de São Carlos. Parte de sua trajetória foi explorada para destacar o argumento principal de um artigo que escrevi junto com outros pesquisadores de São Carlos, todos, à época, vinculados ao grupo de pesquisa **NaMargem** – Núcleo de estudos urbanos, coordenado pelo Prof. Dr. Gabriel Feltran e vinculado ao Depto de Sociologia –UFSCar e ao Centro de Estudos da Metrópole (CEBRAP). Referência: MARTINEZ, M.M.; PEREIRA, L.F.P.; BARBOSA, A.R.; OLIVEIRA, L.M.F.; PAZZINI, D.P.. A produção e a gestão da população de rua: a trajetória de Lucienne. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**.

Em conversa inicial sobre o acolhimento em Jaboticabal, a diretora de proteção especial me informou que, à época, encontram-se acolhidos 19 pessoas do sexo masculino na Casa Transitória, que possui capacidade máxima de 20 pessoas. Também estava nestas primeiras informações a questão de o município também não dispor de serviço de acolhimento para mulheres. As mulheres são encaminhadas para o CETREM (Centro de Triagem do Migrante) em Ribeirão Preto e que, até aquele momento, não havia casos de famílias em situação de rua.

Ainda – como é característica de municípios de pequeno porte – Jaboticabal fez convênio com duas Comunidades Terapêuticas (atendimento masculino em Barrinha / atendimento feminino em Taquaritinga).

### Angélica/Talita

*Depois vamos conversar sobre outro caso, em outra Ala. É sobre Angélica, que verbalizou durante a internação que seria Talita. Garota, que foi encontrada em situação de rua com outra mulher. Esta outra mulher, entre outras coisas, dava banho na menina em chafariz na praça, mesmo em dia de frio. Certa vez, a menina estava cianótica devido a esta exposição ao frio. Há também um episódio famoso que envolve as duas: elas tiveram uma relação sexual na rua de frente para a câmera de um banco. Ainda, para andar com a menina pelas ruas, a mulher mais velha conseguiu tirar novamente a certidão de nascimento de uma filha e apresentava esta certidão como sendo de Talita. Não se sabe ao certo a idade de Talita, mas o exame ósseo indica que ela tem entre 17 e 18 anos. Este é um ponto principal para o desenrolar deste caso: se ela for menor, pode ser acolhida pelo Recanto das Meninas quando voltar a Jaboticabal. Se for maior, não.*

*Não se sabe de onde essa menina veio. Não se sabe o nome dela. A única possibilidade que conversamos é que ela seja identificada como alguma criança desaparecida. Mais uma história que tem apenas fragmentos de trajetória.*

*Ainda vemos desenhos que ela faz. Havia também algumas escritas indecifráveis e cálculos matemáticos: 22, 44, 88. Isto me faz pensar que em algum momento ela passou por processo de aprendizagem (Diário de campo, 13 de agosto de 2015).*

Pude saber um pouco mais da história de Angélica/Talita quando fui ao Hospital Santa Tereza (HST), em Ribeirão Preto. Este é um hospital psiquiátrico, antigo manicômio, que fora criado em 1944 com objetivo de desafogar o Hospital Juquery, de Franco da Rocha, na grande São Paulo<sup>93</sup>. A parte da história de Talita que mais era comentada se referia ao caso do sexo que fora gravado pelas câmeras do banco da

<sup>93</sup> Mais informações disponíveis em: <http://www.saude.sp.gov.br/hospital-santa-tereza-de-ribeirao-preto/institucional/sobre-o-hospital>. Último acesso em: 29/03/2016.

cidade. Este era um ponto muito importante e pouco abordado com quem conversei: se a menina tivesse menos de 18 anos, seria impossível alegar que as relações sexuais foram consensuais. Desta forma, a mulher de rua mais velha deveria responder por seus atos. Mas, quando o Juizado de Menor entrou em ação, juntamente com a Assistência Social e a Segurança Pública, a atitude tomada foi liberar a mulher mais velha e encaminhar Talita para o acolhimento, que, por sua vez, a encaminhou para o HST.

Nesta visita ao HST, também pude observar como a relação entre os municípios e os atendimentos é de cooperação, mas também de conflito. Fomos ao HST conversar sobre o caso de Rosália, mas discutimos o caso de mais um homem que estava internado lá e da menina Talita. Ao final de todas as conversas, comentei com a diretora de proteção especial que eu havia gostado da fala do médico psiquiatra responsável pelo caso de Rosália. E, ainda, que eu tinha impressão que o acolhimento ali é bom e que a relação deles com os outros municípios é coerente. Ela comentou que poderia ser. Mas, que já havia sentido vários tons de crítica em falas entre ela e os responsáveis pelos casos de Jaboticabal no HST, como se fosse culpa do município de Jaboticabal ou que fosse responsabilidade da Assistência Social algumas complicações.

### Gislaine

*[...] em frente à Prefeitura há uma praça, onde ficam concentrados algumas pessoas em situação de rua. Passamos por ali e o João Pedro visualizou a Gislaine, o Ademir e Lucas. Atualmente, eles formam “um casal de 3 pessoas”. Algumas queixas têm chegado até a Assistência Social porque eles têm exagerado no afeto nas ruas e chegam a fazer sexo explícito em uma das regiões mais centrais da cidade. Também há preocupação em como a história de triângulo amoroso vai terminar. Porque, depois que a Gislaine flagou o Ademir em relação sexual com Lucas, disse que “daria para todos os homens” em resposta à atitude do namorado. Sendo assim, acredita-se que a situação pode ficar bem tensa (Diário de campo, 20 de julho de 2015).*

*Vânia ligou pela manhã na Casa Transitória para falar de Gislaine. Ela anda dizendo por aí que está grávida. Não sabemos se para conseguir mais facilmente dinheiro no manguieiro ou se realmente está grávida. Depois, conversando com Letícia, ela me disse que a Gislaine é operada e que sempre diz que está grávida e que depois perdeu. Ela é paciente do CAPS (Diário de campo, 30 de julho de 2015).*

[conversa WhatsApp]

*Aline: “João Pedro, o Lucas passou por aqui e depois disse que volta conversar com a Letícia. Uns 10 min depois veio a Gislaine, dizendo que ontem o Ademir bateu nela. E que ela vai comprar uma faca para se defender dele. Que ela pode “comer cana, mas ele vai comer*

*cemitério”. A Gislaine perguntou se o Lucas estava aqui. Veio atrás dele...”*

*João Pedro: “Ô, beleza... Tá esquentando...”*

*Aline: “Pois é. Acho que uma hora lasca de vez”*

*João Pedro: “Mas, é o fim, né? Falta de falar não é. Eu avisei o Ademir que isso iria acontecer...”*

*Aline: “Sim... estou preocupada”*

*[...]*

*João Pedro: “Aline, achamos o Ademir e ele disse que não bateu nela. Ela quem bateu nele”*

*Aline: “Vixi...”*

*Além da conversa minha com a Gislaine, nossa preocupação tem como pano de fundo o relacionamento que se estabeleceu entre Gislaine, Ademir e Lucas. Eles formam um “casal de três” e sempre havia o comentário de que isto poderia gerar algum conflito grave, com consequências desastrosas (**Diário de campo**, 30 de julho de 2015).*

*Primeiro entramos na Prefeitura, para resolver algumas coisas. Depois encontramos com Lucas, que nos disse que o pessoal estava por lá. Fomos de carro, porque já íamos sair para outro local. Lucas vai a pé e chega antes de nós. O pessoal nos cumprimenta. Gislaine só olha para mim, sem me cumprimentar, embora tenha cumprimentado a Letícia... Não sei se ela está com ciúmes dos meninos ou se ela é assim mesmo, “de lua” (**Diário de campo**, 5 de agosto de 2015).*

Cabe aqui ressaltar, que a questão de gênero é tanto importante nas relações das mulheres nas ruas com o acolhimento do município, como no corpo institucional de acolhimento na Assistência Social e, também, na minha relação com os homens que são residentes na Casa Transitória ou com as mulheres que estão nas ruas ou aparecem na Casa Transitória, em busca de auxílio ou para visitar os residentes com quem possuem vínculos.

Lucas, depois de algum tempo de convivência comigo, disse para Joana que *me achava linda*. E, depois, começou a sistematicamente me abordar com vistas a *casar comigo*. Nunca nenhum outro morador de rua entrou neste assunto comigo, mas tenho certeza que esta história se espalhou e, por isso, fiquei em dúvida se a Gislaine era mesmo “de lua” ou se ela estava com ciúmes de mim. Parece-me que é possível usar as relações de gênero para criar certas hierarquias e estabelecer algum tipo de reciprocidade que envolvem relações de troca e de confiança. A importância das mulheres nas ruas e como isto estabelece uma hierarquia ao líder da banca já foi trabalhado por Martinez (2011).

De qualquer forma, segundo os meninos que andam com Gislaine, ela não usa qualquer tipo de substância psicoativa. Apenas está nas ruas porque *precisa de um tempo da mãe* e fica com eles para cima e para baixo, embora tenha casa onde morar. Ela é *namorada do Lucas*, mas também já apareceu como *namorada do Ademir*. Um dia, quando eu ainda estava em campo, Lucas contou para Joana, em uma visita à Casa Transitória, que *tinha vendido Gislaine para o Ademir por 5 reais* e, desta forma, ela não era mais namorada dele. Portanto, podemos tentar entender a importância dessas relações de gênero que se estabelecem nas ruas. Há ainda o caso de sexo explícito de Gislaine com Lucas e Romário, num *ménage à trois* nas ruas, como represaria ao Ademir, que havia se relacionado sexualmente com Lucas.

Além de toda a apreensão que o triângulo amoroso gerava, também há a questão da possibilidade de gravidez em situação de rua. Pude acompanhar um caso nestes anos de pesquisa de campo e saber de outros relatos. A gravidez envolve ainda mais intervenções, como do Conselho Tutelar, que é sempre muito intrusivo e violento em relação às famílias que não se configuram de forma padronizada. Sempre se tenta evitar que a gravidez aconteça nas ruas. Até por isso que Letícia me conta que Gislaine é *operada*, em uma referência à esterilização.

Importante ressaltar que Gislaine é um mulher no auge de sua capacidade reprodutiva. Há relatos que ela tem sofrimento mental grave. Desta forma, não sei se isto justificaria alienação e, por conseguinte, intervenção no copo dela, de modo a esterilizá-la. Quem permitiu que esta cirurgia ocorresse? A mãe que é a tutora legal de Gislaine? Quais são os critérios para fazer laqueadura em mulheres tão novas? Ainda é praticada a esterilização das mulheres pobres? Isto não se constituiria em violação de direitos das mulheres? Este caso suscita várias questões sem muitas pistas de possíveis respostas.

### Rosália

*O João Pedro volta do almoço e todos voltamos a conversar sobre Rosália. Ela tem um histórico de “tacar o terror” na cidade. É um caso muito popular, com várias histórias. Das mais famosas, ela já bateu em uma velhinha, que estava dentro do carro, porque a velhinha se recusou a dar esmola para ela. Derrubou uma freira, puxando o véu dela para trás. Correu atrás da primeira-dama com uma tesoura, dizendo que iria matá-la. Com vínculos rompidos com a família, como o João Pedro já havia me contado na abordagem do dia anterior, a família saiu da cidade, meio fugida, sem deixar paradeiro. Então, segundo João Pedro, depois de cerca de 3 B.O.s*

contra a Rose, um juiz assinou para ela ser internada (**Diário de campo**, 21 de julho de 2015).

*Depois disso, elas me falam sobre a Rosália, moradora de na famosa na cidade. Além das histórias que a Joana e o João Pedro já haviam me contato, a Vânia e a Annelise me falaram que a Rosália perdeu um filho com 10 anos de choque anafilático. E que ela já tacou fogo num colchão no Fundo Social. Também me falaram de Giane, que tem um vínculo bem frágil com a mãe e que já passou por internações intercaladas com a vivência de rua. Mas, diferentemente da Rosália, ela fica nas ruas mais periféricas da cidade, sem muita visibilidade (**Diário de campo**, 22 de julho de 2015).*

*Li as fichas de acompanhamento da Rosália na Casa Transitória e no CREAS. Depois de muitas tramitações que conseguiram a internação (perigo para ela mesma e para as outras pessoas) (**Diário de campo**, 5 de agosto de 2015).*

*Chegamos de frente para a Ala de Agudos Feminino e vemos algumas mulheres no pátio da casa. Uma delas é Rosália. Vânia fica tensa porque em outro momento, quando precisaram intervir na vida dela nas ruas, Rosália a acusou de traidora. E, desta forma, “foi para cima dela”. Rosália não agrediu Vânia apenas porque um policial entrevistou. Sendo assim, Vânia não sabia como iria encontrar Rosália. Se a relação seria amistosa ou se ela ainda estaria brava e, possivelmente, violenta. Rosália, que estava pelo lado de dentro do portão, falou que estávamos atrasadas e que já estavam esperando por nós. Ela ainda conversa sobre o vício, diz que está tudo bem. Mas, que precisava evitar fumar porque “cigarro puxa pedra”. Rosália lembra a figura que vi numa reportagem de revista da cidade: pele e cabelos bonitos. Comportamento tranquilo. Se a encontrasse na rua não diria que era aquela “a Rosália”, a de tantas histórias... Depois, Rosália comentou com a moça que veio abrir o portão: “Sabia que seria ela que viria aqui. É a minha assistente social”. Já estavam nos esperando em uma sala na Ala do Agudos Feminino, onde Rosália está internada. Havia cerca de 8 pessoas, entre médicos, enfermeiras e psicólogas do HST. Sentamos. Todos se apresentaram e depois o médico, responsável pelo caso de Rosália, começou a falar. Ele tinha em sua frente o prontuário de Rosália. Pelo que entendi, com as anotações de outros cuidados em saúde, mas também os relatos da Assistência Social. É dia 13 de agosto e a entrada de Rosália foi dia 18 de junho. Como a Rosália mesma informou, já está internada há 58 dias, tempo que já ultrapassa o indicado nessas internações. Este então é o ponto para discussão: do ponto de vista médico, Rosália já está liberada para alta. Do ponto de vista social (da rede de apoio que ela precisa ao sair), ainda há muito a percorrer. Desta forma, o caso é discutido, porque o local onde ela ficará e as condições de vida que terá diz muito a respeito sobre a evolução de seu caso (sua recuperação ou sua recaída). Do ponto de vista de sua Saúde Mental o quadro está estabilizado. Seu desequilíbrio de comportamento está associado ao uso. De acordo com o médico, diante de qualquer problema que ela tenha, o cérebro dela sinaliza que a resposta é o consumo. Desta forma, surge a fissura, presente na nossa vida em relação a tantas demandas, mas, no caso de Rose, ao consumo de crack. Ele fala, então, que*

*medicamentos se resumem a ansiolíticos (que são ligados ao combate da ansiedade). Ele ainda diz que há empatia ali no HST e que se ele estivesse preso em um local também gostaria de diazepam para conseguir dormir.*

*[...]*

*Por fim, o médico ressalta novamente que sucesso para ele seria prolongar os períodos entre as recaídas de Rosália e que nesse interregno ela ficasse bem. É pactuado então que ela continuaria internada e que a Assistência Social de Jaboticabal iria atrás dessas alternativas para direcionamento de onde Rosália viverá após a alta do HST. Vânia também pede um documento que comprove que Rosália está estável, para que possa ser apresentado a quem possa empregá-la (via frente de trabalho) e fique com receio. Depois o médico pede permissão para sair da reunião, porque ele tem outras demandas dentro do HST. Então os demais pedem para conversar sobre outros casos de Jaboticabal (**Diário de campo**, 13 de agosto de 2015).*

Rosália é um dos casos mais famosos de situação de rua de Jaboticabal. Mulher de cerca de 40 anos já está nas ruas há algum tempo. Os prontuários da assistência social sobre sua trajetória são um grande quebra-cabeças. Há várias informações que chegaram até os assistentes sociais de períodos de maior conflito nas ruas, mas tantas outras permanecem desconhecidas. Entrei em contato com a história de Rosália no primeiro dia de campo, quando fui com João Pedro conhecer o itinerário da abordagem social de rua.

Não há muitas informações sobre Rosália anteriores ao uso de *crack* e episódios de conflito nas ruas. Apenas se sabe que ela teve um casamento com o homem mais velho e que teve um filho que, com cerca de 10 anos, morreu de choque anafilático. Não se pode afirmar que este seja o motivo de Rosália ter ido parar nas ruas, mas certamente foi um momento crucial para o restante de sua trajetória. Detalhados são os episódios públicos de conflito: ela já puxou o véu de uma freira e a derrubou na calçada; ela também atacou uma senhora de idade com uma espada de São Jorge dentro de seu carro no semáforo da cidade; ela ateou fogo em um colchão nas imediações do Fundo Social e, ainda, ameaçou e chegou a agredir fisicamente a primeira-dama.

Eu pude participar, em meu período de pesquisa de campo, de uma reunião para discussão do caso no Hospital Santa Tereza (HST), em Ribeirão Preto, onde Rosália encontrava-se internada. Segundo diagnóstico apresentado pelo médico responsável, Rosália fica em estado psicótico circunscrito ao uso de substância, ou seja, quando em abstinência, ela tem um comportamento estável. O médico responsável explicou que em casos como este os pacientes costumam ter várias recaídas e, portanto, ele considera um



bom tratamento aquele que possibilite que a paciente consiga viver bem entre os períodos de recaída e que estes períodos se espacem cada vez mais.

O motivo de reunião no HST era a alta de Rosália. Do ponto de vista do tratamento médico, ela já estava apta a ter alta do hospital. Mas, do ponto de vista social ela ainda não poderia, porque ela não tem uma rede que a acolha e se ela ficar vulnerável nas ruas, provavelmente, voltará ao uso de crack. Desta forma, em sentido mais amplo de saúde, seria impossível dar alta para Rosália sem a possibilidade de um acolhimento que daria suporte a ela para continuar estável e por um período maior até a próxima recaída.

O caso de Rosália, portanto, é exemplo de vários níveis de intervenção. Depois de análise de todos os episódios de conflito, foi considerado que ela estava causando um risco para as outras pessoas e para ela mesma, desta forma houve toda uma tramitação judicial para que ela fosse internada compulsoriamente. Diante deste pedido, o modelo de intervenção, então, relaciona-se com a segurança pública e a intervenção policial para fazer valer o “cumpra-se” da internação. Feita a internação e realizado o tratamento, é necessário pensar a forma de alta de modo a possibilitar a Rosália estrutura para sua recuperação.

Este então é o novo problema: ela precisa de um local para ficar e o município não tem Casa Transitória que atenda ao público feminino. Outra alternativa seria inseri-la na Frente de Trabalho<sup>94</sup> e conseguir um hotel onde ela morasse, todavia, os hotéis de baixo custo são próximos a áreas de consumo de *crack*. Este caso, então, demonstra como Rosália é tudo, menos excluída. Sua vida é cheia de intervenções, dos mais variados tipos e, mesmo assim, essas intervenções não dão conta de acolher de forma eficiente suas demandas. Se a tivessem acolhido quando seu filho faleceu de modo trágico, qual poderia ter sido a sua trajetória? Mulher, louca, mãe, moradora de rua. Tantas facetas de uma mesma vida, que tem sido institucionalizada e nunca muito bem ouvida em relação às suas demandas. Outro caso que é semelhante em sua ausência de respostas às demandas específicas é o caso do Valdomiro, melhor debatido no Capítulo 6 desta tese.

---

<sup>94</sup> Segundo o site da Prefeitura de Jaboticabal: “O projeto garante emprego temporário e oferece gratuitamente cursos de qualificação. Podem participar da seleção qualquer pessoa desempregada e que não seja beneficiada pelo seguro-desemprego ou qualquer outro programa assistencial equivalente” (Disponível em: <http://www.jaboticabal.sp.gov.br/2010/index.php/noticia/visualizar/frente-de-trabalho-prefeitura-inicia-nova-turma>. Acesso em: 03/09/2015).

\*\*\*

As políticas destinadas para a PSR são recentes, datam do início dos anos 2000. Relacionam-se tanto com o entendimento de que a PSR se torna parte da questão social, mas também inserem-se no contexto de criação e ampliação da Assistência Social (OLIVEIRA, 2012). Todavia, é necessário destacar que as políticas públicas, normalmente, são pensadas para municípios maiores, a despeito da realidade brasileira ser de municípios de médio e pequenos portes. Desta maneira, os municípios menores precisam se esforçar para implantar políticas pensadas recentemente – e que ainda não estão disponíveis para realidades de municípios menores. Isto impõe uma lógica de fazer funcionar a rede regional. E, assim, os estados aparecem como responsáveis na gestão tripartite da Assistência Social e da Saúde Coletiva.

Em relação à intersetorialidade, é importante destacar que há lógicas operativas distintas e que isto causa conflitos no momento de diálogo entre os domínios de conhecimento. Na Saúde há regras de *regulação* de vagas<sup>95</sup>, que obedece a triagem da Saúde, com referenciais nas prioridades da Saúde. Todavia, às vezes, a prioridade da Assistência Social pode ser distinta, como aproveitar que um morador de rua aceita tratamento de tuberculose e não pode ser acolhido imediatamente. No momento que a fila chega na vez do morador de rua, ele já pode estar em outro local do território ou não estar mais com disponibilidade de adesão ao tratamento.

As políticas, em alguma medida, se efetivam como controle social. O que incentiva a *busca ativa* é menos a necessidade de tratamento do usuário e mais uma resposta – praticamente, higienista – de retirar as pessoas incômodas de espaços públicos. Isto gera muita tensão, porque, normalmente, as trabalhadoras e os trabalhadores do SUAS sabem desta condição maior de controle e tentam amenizar os efeitos deletérios ao público atendido pela Assistência Social. Isto não quer dizer, por exemplo, que a discricionariedade não aconteça e que os preconceitos pessoais não atravessem os atendimentos na Assistência Social.

Por fim, no caso específico da Assistência Social de Jaboticabal, caso de *Matheus* foi estopim para mostrar as tensões nos diferentes níveis de atendimento. Por

---

<sup>95</sup> Para esta discussão, ver o conceito de *cronopolítica* (GARDELLA, 2016). O autor problematiza as regras das políticas públicas, que na sua discussão sobre albergues, impele os moradores de rua a organizarem as suas rotinas de acordo com a necessidade de reservar vaga para dormir e desconsidera os desabrigados que trabalham durante a noite e precisam dormir durante o dia, ao oferecerem apenas serviços noturnos de acolhimento. Desta forma, destaca que a temporalidade das ruas é diferente da temporalidade da vida dos moradores de rua.

causa desta caso que fiquei sabendo que as funcionárias e funcionários da Casa Transitória sentiam-se menos integrados à Secretaria de Assistência Social. Reclamaram de uma espécie de *contaminação*: moradores de rua não importam tanto e nem o equipamento que os atende. Daí, portanto, a reclamação que eu havia ganhado uma caneca do *Sou Mais CREAS*. Segundo eles, eu tinha ganho e ninguém da Casa tinha ganho. Desta forma, eu levei a reclamação e, no outro dia, apareci com uma caneca para cada um da Casa Transitória.

## CAPÍTULO 4 – SAÚDE PÚBLICA E GESTÃO DOS POBRES

A literatura sobre Saúde Pública aponta que esta área sempre esteve relacionada com a disciplina dos corpos, com a medicação e com a necessidade de manter o corpo produtivo. Desta forma, a medicina social surge como artífice do Capitalismo: pensar a população urbana e garantir a saúde dos corpos foi um passo lógico necessário para garantir o trabalho assalariado lucrativo ao capital.

Aqui, argumentamos que a Saúde é elemento articulador da gestão dos pobres. São os conhecimentos em saúde que definem o corpo produtivo e o corpo improdutivo. Daí derivam as pessoas que podem e que não podem receber auxílio da assistência social – o corpo saudável *precisa* trabalhar. Caso uma pessoa saudável se recuse à disciplina do trabalho, a segurança pública entra em ação e há o enquadramento na *vadiagem*, que foi fortemente combatida em países como a Inglaterra, França, Estados Unidos e Brasil.

Desta forma, o percurso deste capítulo passa pela discussão sobre saúde pública e assistência social tanto na sociedade inglesa – primeiro local a ter impactos sociais da Revolução Industrial – como também em demais países que estruturaram sua Saúde Pública e rede de Assistência. Ainda, são apresentadas reflexões sobre o caso brasileiro, com destaque para a Primeira República – momento de estrutura de grandes questões que ainda se fazem presentes no entrecruzamento de Saúde, Assistência Social e Segurança Pública – e que antecede os anos 1930, que trazem o primeiro grande processo de industrialização, além de estrutura do Estado brasileiro, inclusive, com os rudimentos de políticas públicas de Saúde.

Todavia, como dito acima, escolhemos trabalhar com a saúde como eixo articulador da gestão dos pobres. Sendo assim, além dessas relações apontadas, discutimos aqui a Saúde Pública do Brasil – em uma pequena retomada histórica – e a área de saber da Saúde Coletiva e o projeto em construção do SUS (Sistema Único de Saúde). A partir desta exposição, problematizamos os limites e impasses da Saúde Coletiva e como estas questões impactam no acolhimento da população em situação de rua.

## A saúde como eixo articulador da gestão dos pobres

Ao longo da história humana, os maiores problemas de saúde que os homens enfrentaram estiveram relacionados com a natureza da vida comunitária. Por exemplo, o controle das doenças transmissíveis, o controle e a melhoria do ambiente físico (saneamento), a provisão de águas e comidas puras, em volume suficiente, a assistência médica, e o alívio da incapacidade e do desamparo. A ênfase relativa sobre cada um desses problemas variou no tempo. E sua inter-relação se originou a Saúde Pública como conhecemos hoje (ROSEN, 1994:31).

Durante a história da humanidade, é possível perceber preocupação com o escoamento de água, algum rudimento de saneamento e toda uma sorte de conhecimentos científicos que eram instrumentalizados para maior controle do meio ambiente, do saneamento ainda que precário, do ar, da alimentação, assim como a assistência médica – que variou entre ser acessível apenas a uma elite, ou defesas e ações de saúde pública – bem como a disputa que existiu entre as áreas de saberes, dos novos conhecimentos, como a bacteriologia, ou ainda a legitimidade de determinados saberes em detrimento de outros, como a medicina popular, que chegou, inclusive, a ser criminalizada<sup>96</sup>.

A relação da saúde com a manutenção da força de trabalho, apontada por Foucault (2005; 2008a; 2008b; 2012), também é analisada por outros autores. De acordo com Marshall (1967a), na sociedade inglesa da Era Vitoriana, com a ascensão do industrialismo, cresceu a necessidade de proteção dos trabalhadores em relação à saúde do trabalhador, admitindo-se a interferência do Estado, em atitude aparentemente contrária ao individualismo doutrinário inglês:

[...] não significa que, no futuro, o individualismo deveria ser substituído pelo paternalismo em todos os setores. Longe disso. Significava apenas que o paternalismo era considerado aceitável em casos nos quais o indivíduo se encontrava impotente para proteger a si

---

<sup>96</sup> No caso brasileiro, o Código Penal de 1890 apresentava um capítulo destinado aos crimes contra a Saúde Pública. Entre eles está o curandeirismo, definidas as penalidades no Art. 158 do Código: “Ministrar, ou simplesmente prescrever, como meio curativo para uso interno ou externo, e sob qualquer forma preparada, substancia de qualquer dos reinos da natureza, fazendo, ou exercendo assim, o officio do denominado curandeiro: Penas – de prisão cellular por um a seis mezes e multa de 100\$ a 500\$000. Paragrapho unico. Si o emprego de qualquer substancia resultar á pessoa privação, ou alteração temporaria ou permanente de suas facultades psychicas ou funcções physiologicas, deformidade, ou inhabilitação do exercicio de orgão ou aparelho organico, ou, em summa, alguma enfermidade: Penas – de prisão cellular por um a seis annos e multa de 200\$ a 500\$000. Si resultar a morte: Pena – de prisão cellular por seis a vinte e quatro annos” (BRASIL. Decreto n. 847 – de 11 de outubro de 1890).

mesmo, mesmo que quisesse fazê-lo, e nos quais os atos mal-intencionados dos poucos pudessem causar grave prejuízo a muitos (MARSHALL, 1967a:17).

De mesma maneira, Rosen (1994) aponta para as mudanças decorrentes da reforma na Lei dos Pobres (1834): administrativamente era mais centralizadora e, assistencialmente, restringia ainda mais os auxílios possíveis, sendo que nenhuma pessoa considerada capaz (fisicamente) poderia receber – individualmente, ou para sua família – auxílio fora dos asilos oficiais. Destaca-se aqui, então, o controle dos pobres (que seriam ajudados somente se estivessem dentro das condições pré-estabelecidas) e, ainda, a relação com instituições como os abrigos oficiais, que eram locais de controle disciplinar.

A questão da saúde relacionada ao trabalho aparece, então, de duas formas importantes: primeiro, era a saúde que definiria quem estava habilitado ou não a receber auxílio, já que intervir no caso de corpos saudáveis era considerado contraproducente para a vida da pessoa e da sociedade<sup>97</sup>; segundo, o corpo do trabalhador tinha que se manter produtivo, então a equação da saúde deste corpo era feita mediante o cálculo de investimento na saúde do trabalho como menor custo em relação ao prejuízo gerado pela eventual doença do trabalhador.

Todavia, a pobreza vai deixando de ser associada majoritariamente à fraqueza moral individual das pessoas e passa ser enxergada também como algo associado ao coletivo. O desemprego em massa torna evidente que este era um fenômeno impessoal e surge uma nova palavra no vocabulário: *desemprego* (MARSHALL, 1967a). E daí começa-se a pensar em termos de *questão social*, na figura do *mendigo válido*, ou seja, aquele que não conseguiu manter a sua posição, apesar de boa educação e da posição de prestígio anteriormente ocupada:

[...] desembocava-se num desdobramento e numa dramatização da questão social. Esse personagem representa a transição concreta para reintroduzir, na categorização geral do infortúnio, esta forma específica e essencial da desgraça do povo: a decadência da miséria trabalhadora ou, pior ainda, os miseráveis que não têm trabalho (CASTEL, 2008:93).

---

<sup>97</sup> Podem ser citados como embasamento teórico desta em mentalidade a *filosofia administrativa* de Bentham, os pensadores da Economia Política Clássica (com destaque para Smith, Malthus e Ricardo) e, ainda, a *doutrina da necessidade filosófica* de Priestley.

O trabalho e a sua ausência define grande parte da vida social na sociedade industrial do século XIX, todavia, é importante destacar que é a saúde (o corpo saudável *versus* o corpo enfermo) que vão embasar a clivagem entre trabalhadores e não-trabalhadores, pessoas e famílias que devem ser assistidas ou não. Bem como quem é um trabalhador desejável ou não.

No caso da Inglaterra, a *Lei dos Pobres* passou por uma mudança em 1834. A *Nova Lei dos Pobres*, além de estabelecer os critérios de quem deveria ser assistido, ainda centralizava administrativamente a instituição, com objetivo de fazer valer as necessidades do capital e transformar o trabalho humano em mercadoria:

Atingiu-se esse objetivo [de transformar o trabalho humano em mercadoria] e não é exagero dizer que a lógica do sistema de mercado estabelecido pela reforma da Lei dos Pobres (de 1834) determinou a história do século XIX. Não por acidente, nas décadas seguintes os homens começam a olhar para os problemas da vida comunitária com uma nova ansiedade. Pois a instalação do mercado de trabalho introduziu, ao mesmo tempo, uma questão maior: como organizar a vida em uma complexa sociedade industrial e urbana? (ROSEN, 1994:163).

Daí, portanto, a preocupação com os fluxos da cidade, tanto a circulação de coisas como de pessoas (FOUCAULT, 2008;1979), na tentativa de organizar a vida na cidade. Sendo assim, a legislação do século XIX e XX vai definir melhores condições de trabalho e também as responsabilidades em relação à saúde do trabalhador. Para tais definições, também são feitos diversos tipos de levantamento de dados e cálculos estatísticos, e variados países: Relatório ou uma Investigação sobre as Condições Sanitárias da População Trabalhadora na Grã-Bretanha (1842); A Condição Sanitária da População Trabalhadora em Nova York (1842); Inquérito Sanitário de Nova York (1864) e assim por diante. Além disso, as leis: Ato da Saúde e da Moralidade dos Aprendizes (1802), na Inglaterra; Ato de Saúde Pública (1875), na Inglaterra; Lei de Saúde Pública (1840), na Alemanha, etc. Sendo assim, os estudos em Saúde Pública se expandiam para diversas regiões:

Esses conhecimentos impulsionaram a chamada medicina tropical. O trópico atraía a atenção do colonialismo, mas os empreendimentos comerciais eram ameaçados pelas doenças transmissíveis endêmicas e epidêmicas. Daí a necessidade de estudá-las, preveni-las, curá-las. Nessa época nascia também a epidemiologia, baseada no estudo pioneiro do cólera em Londres, feito pelo médico inglês John Snow (1813-1858), e que se enquadrava num contexto de “contabilidade da

doença”. Se a saúde do corpo individual podia ser expressa por números – os sinais vitais –, o mesmo deveria acontecer com a saúde do corpo social: ela teria seus indicadores, resultado desse olhar contábil sobre a população e expresso em uma ciência que então começava a emergir, a estatística (SCLIAR, 2007:34).

E a combinação entre pesquisa, levantamento de dados e política, trouxe para os países a estruturação da Saúde Pública. No caso da Inglaterra:

Caráter pioneiro nas estatísticas de saúde é atribuído a William Farr (1807-1883). Médico, Farr tornou-se em 1839 diretor-geral do recém estabelecido *General Register Office* da Inglaterra, e aí permaneceu por mais de 40 anos. Seus *Annual Reports*, nos quais os números de mortalidade se combinavam com vívidos relatos, chamaram a atenção para as desigualdades entre os distritos “sadios” e os “não-sadios” do país. Em 1842, Edwin Chadwick (1800-1890) escreveu um relatório que depois se tornaria famoso: *As condições sanitárias da população trabalhadora da Grã-Bretanha*. Chadwick, que não era médico nem sanitarista, mas advogado, impressionou o Parlamento, que em 1848 promulgou lei (*Public Health Act*) criando uma Diretoria Geral de Saúde, encarregada, principalmente, de propor medidas de saúde pública e de recrutar médicos sanitaristas. Dessa forma teve início oficial o trabalho de saúde pública na Grã-Bretanha (SCLIAR, 2007:35).

Ainda, em decorrência desta atenção voltada para a Saúde Pública – que articulava conhecimentos em Saúde, Educação e Direito – começou-se a intervir em áreas setoriais da saúde, como a saúde das mulheres e da infância. Criaram-se as inspeções em instituições escolares. Na França “uma ordenação real, de 1837, encarregavam as autoridades de supervisionar a saúde das crianças e de cuidar das condições sanitárias dos prédios escolares” (ROSEN, 1994:281). Nos Estados Unidos, além da inspeção escolar de saúde, foram criadas políticas públicas de merenda escolar, especialmente, nos anos de recessão decorrentes da Quebra da Bolsa de Nova York. No Brasil, podemos citar a criação de Ministério da Educação vinculado à Saúde, de Gustavo Capanema, nos anos 1930<sup>98</sup>.

---

<sup>98</sup> Sobre a Educação nos anos 1930, faz-se necessário destacar que a Constituição de 1934 (CF/34) apesar de ser considerada como *avant la lettre*, pois é a primeira constituição brasileira a apresentar o título “Da Ordem Econômica e Social”, que foi mantido nas outras cartas (BARBOSA, 2011), no mesmo título sobre direitos sociais prevê a Educação de forma eugênica: “b) estimular a educação eugênica” (Art. 138 da CF/34). Desta forma, podemos concluir que a ciência – especificamente em relação ao domínio da Saúde – influenciava outros campos disciplinares além do trabalho, como a educação.



Além disso, a Enfermagem também passou por mudanças no período e foi estruturado o que hoje se chama de *educação em saúde*<sup>99</sup>, na prática da Enfermagem em Saúde Pública:

A Enfermagem em Saúde Pública é nova, mas suas raízes recuam muito ao passado. Uma de suas raízes veio do Iluminismo, do desejo de melhorar o nível de saúde dos pobres, dando-lhes informações de modo a eles se ajudarem a si mesmos. A outra vinha da tradição de oferecer assistência médica e de enfermagem aos doentes pobres. A Enfermagem em Saúde Pública – na Inglaterra, nos Estados Unidos, e, em menor grau, em outros países – evoluiu da interação dessas duas tendências no interior do contexto social e sanitário de final de século XIX e começo do século XX (ROSEN, 1994:288).

A Enfermagem em Saúde Pública, com preocupações sanitárias e visitas domiciliares vai surgir estimulada pela expansão do movimento pela saúde das crianças. Desta forma, saúde, trabalho e educação estiveram interlaçados deste a gênese da Saúde Pública:

A tendência das enfermeiras de se tornarem visitadoras sanitárias apareceu no começo deste século, estimulada, em particular, pela expansão do movimento de saúde das crianças. Em 1893, Florence Nightingale chamou atenção para necessidade da “enfermagem sanitária”, e insistiu em que a enfermeira distrital devia ser, além de enfermeira dos doentes, uma “missionária da saúde”. No ano seguinte ela reafirmou a importância do ensinamento da saúde nos lares, recomendando o treinamento de missionários da saúde para atender a este propósito [...] (ROSEN, 1994:289).

Se a saúde e o bem-estar do trabalhador eram objeto de intervenções fora das fábricas, também foram dentro das fábricas. Na Inglaterra, os Ato Fabril e da Oficina (1867) excluía as mulheres e crianças menores de 12 anos de determinados serviços. Houve também maior proteção em relação aos trabalhadores das minas, que até o momento, eram preteridos em relação aos trabalhadores das fábricas de panos: Ato dos Acidentes de Minas (1910) e Ato das Minas de Carvão (1910). Ainda, o Ato do

---

<sup>99</sup> Segundo Schall e Struchiner (1999), “ao conceito de educação em saúde se sobrepõe o conceito de promoção da saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde ampliado, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físico e mental (ausência de doença), ambiental (ajustamento ao ambiente), pessoal/emocional (auto-realização pessoal e afetiva) e sócio-ecológico (comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza). Entretanto, a par dessa noção ampliada de saúde, observando-se a prática, verifica-se que atualmente persistem diversos modelos ou diferentes paradigmas de educação em saúde, os quais condicionam diferentes práticas, muitas das quais reducionistas, o que requer questionamentos e o alcance de perspectivas mais integradas e participativas” (SCHALL; STRUCHINER, 1999).

Ordenamento Fabril (1916) definia como responsabilidade dos empregadores a saúde dos trabalhadores:

[...] autorizava o secretário de Estado a compelir os empregados a se responsabilizarem pela saúde e pela higiene dos trabalhadores, fornecendo-lhe roupas protetoras, recursos de primeiros socorros, instalações para se lavarem e se vestirem, e acomodações para preparar e comer as refeições. Durante o mesmo período, um número cada vez maior de doenças e acidentes ocupacionais passou a exigir notificação [...] (ROSEN, 1994:321).

Todavia, o controle não era exercido apenas dentro das fábricas. O não-trabalho também foi objeto de estudos e intervenções. Portanto, a gestão dos pobres – via saúde – tem relação direta com a construção de uma moral conservadora e uma execução policial de políticas destinadas às pessoas que destoavam do padrão *normal* aceito socialmente. De acordo com Ferla (2009):

A anormalidade nem sempre é passível de ser capturada pela lei e pelo aparato prisional. Daí o conceito de “periculosidade”, que acabou por se consolidar como a principal sustentação de dispositivos extra-legais capazes de abarcar amplos setores da população, justificando os mecanismos de controle que frequentemente extrapolavam o acervo legal dedicado ao crime e ao delito [...] Todos eles de alguma forma transitavam na fronteira muitas vezes ambígua que separava a norma da lei: os loucos, os alcoólatras, as prostitutas, os epiléticos, os “vagabundos”, os menores, os homossexuais e os trabalhadores urbanos. Na verdade, os três últimos eram objeto de uma maior preocupação por parte da medicina legal positiva. De longe, eram os mais assíduos frequentadores das revistas especializadas pesquisadas (FERLA, 2009:239).

Desta forma, trabalho, saúde e controle social sempre estiveram imbricados na gestão da pobreza. De acordo com Ferla (2009), os grupos privilegiados do projeto positivista, numa perspectiva da criminologia, eram os trabalhadores urbanos, os menores e os homossexuais. Alvarez (1996) destaca as figuras do louco, do menor e da mulher como objetos privilegiados de controle, com destaque para a construção de uma moralidade conservadora, que deveria permear toda a sociedade. Desta forma, loucos e menores foram encaminhados à tutela do Estado – os menores tinham como possibilidade a educação com cunho moral para escapar a degenerescência. As mulheres, por sua vez, tinham o controle de sua sexualidade, especialmente no caso da prostituição, que deixava mais clara ainda a relação do controle social, com o controle do corpo, conseqüentemente, com a saúde e a criminalidade:

A inquietação frente à pobreza urbana, presente, como vimos, desde o limiar da República, levou as elites políticas e intelectuais da época a buscarem estratégias diversas que visavam não apenas criar novos instrumentos de controle social dessas populações, mas também adequar suas formas de conduta às exigências colocadas pela marcha da civilização e do progresso do país. Neste sentido, a ação de setores significativos das elites intelectuais republicanas parece ter convergido no sentido de promover uma ampla estratégia de moralização dos modos de vida das populações urbanas (ALVAREZ, 1996:173).

Além desta marcha para o progresso, que tentava pasteurizar as condutas sociais urbanas, os argumentos médicos serviram de embasamento científico para direcionar intervenções sociais. Desta forma, podemos argumentar que a Saúde – e de modo mais amplo, o conhecimento científico – não é um eixo articulador da gestão da pobreza, como também, segundo Patto (1999), passou a desqualificar a pobreza:

A sutileza disciplinadora ficou por conta de um eficiente deslizamento semântico, cujo resultado foi uma profunda e metódica desqualificação dos pobres, de presença duradoura na cultura brasileira: apoiado na ciência, o discurso oficial substituiu os termos emprestados da demonologia, que anteriormente definiram a natureza do povo insubordinado, e pobreza passou a significar sujeira, que significava doença, que significava degradação, que significava imoralidade, que significava subversão. A doença não era só um mal do físico, mas deteriorização da alma, da raça, que se traduzia nos mais variados vícios: alcoolismo, promiscuidade sexual, negligência dos deveres paternos, vadiagem, crime, baderna anarquista. Doenças físicas, hábitos tidos como viciosos e sentimento de revolta eram todos postos sob o mesmo rótulo de patologia (PATTO, 1999:184).

Os pobres passam a ser considerados pobres por ignorância dos preceitos de higiene alimentar, que impactava diretamente no rendimento das pessoas e na sua situação de pobreza. Caberia, então, intervenção científica da Assistência Social:

Além do problema alimentar era preciso atentar para outros motivos que causavam a pobreza, entre eles o alcoolismo, a ignorância, a indiferença e a imprevidência praticados pelas pessoas pobres. Todos esses fatores contribuíram para o atraso e conseqüentemente para a pobreza não só individual como coletiva. A tarefa dos assistentes sociais consistia em agir de modo a mudar esse quadro existente (MARTINS, 1996:219-220).

Ainda de acordo com Martins (1996), apesar de toda esta normatização, a saúde aparece para além da questão da nutrição, e sim como uma estrutura estatal de atendimento também aos pobres:

No campo da saúde, não se pode negar a ação do Estado no combate às endemias que vitimavam principalmente os pobres, por estarem mais expostos face as condições de alimentação e insalubridade em que viviam. As campanhas de erradicação das doenças, como a tuberculose e a febre amarela, associadas às vacinas e ao saneamento urbano, efetivamente significavam melhorias nas condições de vida das pessoas pobres, face a queda nos índices de mortalidade desse contingente. A assistência médica também foi ampliada através de postos de atendimento médico para a população de renda mais baixa (MARTINS, 1996:226).

Todavia, é necessário destacar a relação autoritária que a Saúde vai assumir, ainda mais porque os agentes de saúde tinham *poder de política* (SOUZA; JACOBINA, 2009), o que, por exemplo, resultou em grande conflito durante a Revolta da Vacina. Além disso, a relação autoritária também tinha relação com a padronização do *mundo do trabalho*. O trabalho também possui centralidade nesta discussão, haja vista que ele é quem pode servir de atividade terapêutica para os degenerados:

A medicina legal concebia o trabalho como se objeto de reflexão em perspectiva bastante ampla. Num sentido, como será discutido mais adiante, tratava-se de colaborar na racionalização científica da produção e de evitar acidentes e doenças profissionais. Noutro, o trabalho era considerado como a mais privilegiada estratégia de regeneração dos indivíduos “descaminhados”. Na perspectiva positivista, se o delinqüente era um enfermo, a terapia mais indicada era o trabalho. O trabalho como terapia no tratamento do delinqüente partia da concepção central da Escola Positiva, que via neste um enfermo com predisposições psicobiológicas ao ato anti-social. Assim, apesar da visão fortemente biologizada do comportamento humano, o entorno social prejudicado também poderia e deveria sofrer intervenção. Tais conceitos é que justificavam a sequestração do indivíduo considerado perigoso, de forma a submetê-lo à disciplina do trabalho (FERLA, 2009:241).

Sendo assim, a relação da Saúde com o trabalho é próxima e, além disso, é retroalimentada: se é a Saúde que define o corpo saudável que pode trabalhar e o corpo doente que pode receber auxílio; é o trabalho que pode servir de atividade terapêutica para tornar o delinqüente uma pessoa normal. Daí, portanto, a justificativa para a laborterapia, praticada, por exemplo, no Juquery (CUNHA, 1987; BARBOSA, 1992;

PATTO, 1999), e também para as práticas repressoras, que teoricamente possibilitariam a reabilitação dos *loucos*:

A essas técnicas de “cura” vinham juntar-se, no início deste século, as de regeneração moral – que, de tão enfadonhas, certamente constituíam um outro meio eficaz de coação: leituras edificantes, filmes “educativos”, modinhas e suaves operetas transmitidas continuamente pelo serviço de alto-falantes. A censura permanente aos jornais, revistas, correspondência. Como assinala Foucault, com o advento da psiquiatria e do asilo científico, a loucura deixa de inspirar medo para passar a ter medo, sem recurso nem retorno, inteiramente entregue à pedagogia do bom senso, da verdade e da moral. Toda a eficácia do sistema disciplinar do Juquery repousava não apenas na varinha de condão do trabalho em suas propriedades intrinsecamente “regeneradoras”, mas diretamente no medo e na violência, que funcionavam como instrumento básico de adestramento e docilização dos loucos internados (CUNHA, 1987:85).

O trabalho vai ser o crivo que separará a cidadania da não-cidadania, sendo a carteira de trabalho uma espécie e *certidão de nascimento cívico*, no período que Wanderley Guilherme dos Santos vai denominar de *laissez-faire repressivo* em passagem para *cidadania regulada* (SANTOS, 1994). Sendo assim, o acesso aos parques direitos de cidadania eram regulados pelo trabalho e registro profissional no Ministério de Trabalho. Por sua vez, a validade do corpo do trabalhador é estabelecida pela Saúde e aos trabalhadores sem ocupação são enquadrados como *vadios*, ou seja, são *desocupados válidos*. De acordo com Souza (1994), a inserção dos trabalhadores urbanos não se deu via cidadania e construção de uma *esfera pública*, mas sim de ampliação do quadro de instituições reguladoras, que privilegiaram a *ordem pública*,

na medida em que se investiu na organização de uma polícia civil “eficiente” [...] Assim como hoje, aos trabalhadores, reservaram-se condições abjetas de trabalho com remuneração simbólica, e à polícia reservou-se o papel de contê-los, ao mostrar o que lhes poderia suceder caso adentrassem o universo da desordem. Portanto, manter, nos limites da ética e da disciplina do trabalho, os homens recalcitrantes aos trabalho e à ordem social republicana, dependia do crivo da instituição policial, numa especiosa forma de integrar, excluindo e reprimindo (SOUZA, 1994:32).

É possível perceber como o trabalho – e a necessidade do corpo saudável e produtivo – foi nivelador da *cidadania regulada* em contexto repressivo e da interação do Estado com a sociedade civil. Além de impactar nos direitos civis, também trouxe uma garantia de direitos sociais, especialmente os ligados à Saúde, com a particularidade de estar vinculado à Previdência e, portanto, ao trabalho. Desta forma, o

surgimento da Saúde Pública e, por conseguinte, do controle: controle da *vadiagem* e do trabalho, bem como controle da Saúde Pública, no levantamentos de dados, utilizados por práticas rudimentares de epidemiologia.

Toda uma série de notificações, de geração de dados e de conhecimentos acerca da população foram instrumentalizados para o controle desta mesma população. Assim, o corpo é disciplinado pelas instituições escolares e fabris e, ao mesmo tempo, é observado e objeto de cuidado, para não perder a sua utilidade laboral. Além disso, *desviantes* (VELHO, 1981) – que foram construídos como *anormais* (FOUCAULT, 2010) ou *outsiders* (BECKER, 2008) –, também possuem uma relação com o não-trabalho ou ainda, com o trabalho como elemento terapêutico.

Sendo assim, é neste diapasão que surge a Saúde Pública, que – no caso brasileiro – vai se diferenciar de um movimento político e intelectual, com a construção de um novo campo de conhecimento: a Saúde Coletiva.

### **Breve percurso histórico da saúde no Brasil**

#### *Brasil Colônia*

Durante o Império, já havia preocupações com a Saúde Pública. Houve mudanças importantes na Colônia, a vinda da Corte Portuguesa para o Brasil trouxe consigo vários investimentos na Cultura, Educação e também na Saúde. Foram fundadas as primeiras escolas de medicina do Brasil, no Rio de Janeiro (1813) e na Bahia (1815). Ainda, a pedido do Imperador D. Pedro I, foi criada a Junta da Higiene Pública, órgão consultivo do imperador para questões de saúde pública, todavia, apesar de várias reformulações, ela não alcançou seu objetivo de cuidar da saúde da população.

Eram problemas de saúde pública as epidemias de varíola (que já vinha dos anos anteriores), febre amarela e cólera. Para combater tais doenças, consideraram que as doenças vinham com os navios e, desta forma, as embarcações suspeitas ficavam em quarentena antes de desembarcar no país. Surgiram também as explicações que relacionavam as enfermidades aos *miasmas*, ou seja, ao *ar contaminado* que vinha do mar e pairava sobre a cidade, assim, as recomendações eram que as pessoas com condições financeiras fossem morar na região serrana do Rio, aos que permanecessem era recomendado não comer frutas e tomar líquidos gelados. Ainda, de tempos em tempos, balas de canhões eram lançadas ao ar na tentativa de movimentar o ar e afastar os *miasmas* (BERTOLLI FILHO, 2006).

Depois de um embate e alguma resistência de adeptos da teoria dos *miasmas* sobre as visões inovadoras sobre bacteriologia de Pasteur<sup>100</sup>, começou-se a formar no Brasil um novo campo do conhecimento, que se preocupava com a prevenção das doenças e os surtos epidêmicos: a medicina pública, medicina sanitária, higiene ou saúde pública (BERTOLLI FILHO, 2006). Juntamente com as mudanças sociais e uma visão de necessidade de manter o corpo do trabalhador saudável, nos primeiros anos de República, pode-se dizer que as intervenções estatais mais amplas construíram o que podemos chamar de uma *política de saúde*. Todavia, ainda permaneciam os problemas gerados pela concentração de renda, pela pobreza, pela carestia de vida, ou seja, a saúde dos mais pobres era lesada pela má nutrição, péssimas condições de vida e conseqüentemente adoecimentos.

### Primeira República

Foi criado neste período o Serviço Sanitário paulista (1892), com fortes intervenções na cidade de São Paulo e no porto de Santos, possibilitada pelo investimento que a oligarquia local destinou para a saúde pública. O Serviço Sanitário fiscalizava as ruas e as casas, assim como as fábricas, os estábulos, hospitais, bares e etc.. Também se tornou obrigatória a notificação de doenças infectocontagiosas. E, além disso, foi determinado que apenas médicos diplomados tinham autoridade para tratar a saúde da população. Desta forma, os curandeiros ou demais personagens da medicina popular passaram a ser proibidos de exercer a cura, sob penalidade de multas ou mesmo prisão (BERTOLLI FILHO, 2006).

O saneamento das cidades produziu alteração notável na disposição urbanísticas dos grandes centros urbanos (HOCHMAN, 1998). No Rio de Janeiro foram destruídos morros, que se acreditava serem empecilho na circulação do ar e, portanto, comprometiam a saúde pública. Em São Paulo, reformas também foram realizadas, notadamente nas margens dos rios e na demolição de casarões antigos. Em outros centros urbanos brasileiros mudanças também foram operadas. É importante destacar, todavia, que as mudanças urbanísticas beneficiaram sobretudo as elites econômicas que

---

<sup>100</sup> Sobre a revolução pastoriana, Portocarrero (2009) assinala: “A noção pastoriana designa um novo momento da medicina, introduzido por Pasteur que implica uma revolução teórica e prática; teórica, isto é, que se passa no nível do saber, e prática, que se refere à medicalização da sociedade. A revolução pastoriana é um complexo de novos procedimentos médicos instituídos no século XIX em função de um raciocínio causal. Incluem-se, neste complexo, identificação e isolamento dos microorganismos, além da transformação do gesto, da palavra, do vestuário, da arquitetura hospitalar, da legislação” (PORTOCARRERO, 2009:83).

tiveram acesso a bairros com equipamentos urbanos como água encanada, esgotos subterrâneos e luz elétrica. Aos mais pobres sendo relegadas ainda péssimas condições de vida, que viviam sobretudo em cortiços e moradias irregulares, com precária higiene, que vitimavam pobres com doenças que já não atingiam os mais abastados.

Destaque ainda neste período, a Revolta da Vacina (1904)<sup>101</sup>, na cidade do Rio de Janeiro. Ao ser decretada a obrigatoriedade da vacina contra varíola, a população se posicionou contra. Tanto pela falta de informação sobre a vacina, como por considerar invasivo demais moças mostrarem os braços para estranhos, o posicionamento contrário se deu sobretudo pela forma como o Estado se relacionava com a população: a polícia agia em conjunto com os profissionais de saúde e, na maioria das vezes, tinha uma postura desproporcionalmente repressora.

Segundo a argumentação do Estado:

O argumento do governo era de que a vacinação era de inegável e imprescindível interesse para a saúde pública. E não havia como duvidar dessa afirmação, visto existirem inúmeros focos endêmicos da varíola no Brasil, o maior deles justamente a cidade do Rio de Janeiro. Esse mesmo ano de 1904 atestou um amplo surto epidêmico: até o mês de junho haviam sido contabilizados oficialmente mais de 1800 casos de internações no Hospital de São Sebastião, no Distrito Federal, e o total anual de óbitos devidos à varíola seria de 4201. A medida, além do mais, insistiam as fontes do governo, fora adotada com pleno sucesso na Alemanha em 1875, na Itália em 1888 e na França, em 1902; por que não o seria então no Brasil, onde sua incidência era muito mais grave? Por isso, e chamando-a de “humana lei”, o governo assume a responsabilidade da sua implantação em caráter obrigatório também no Brasil, pretendendo assim conciliar “os altos e importantes interesses da saúde pública, que é a saúde do povo, com as garantias que as leis e a Constituição liberalizam a quantos habitam a nossa pátria”, nas palavras do ministro da Justiça e do Interior, José Joaquim Seabra (SEVCENKO, 1984: 12-13).

Já, do ponto de vista dos revoltosos:

Os interlocutores da oposição, enraivecidos, respondiam ao governo que, no caso da lei brasileira, os métodos de aplicação do decreto de vacinação eram truculentos, os soros e sobretudo os aplicadores pouco confiáveis e os funcionários, enfermeiros, fiscais e policiais encarregados da campanha manifestavam instintos brutais e

---

<sup>101</sup> De acordo com Sevcenko (1984), assim como demais massacres da Primeira República – como Canudos, Contestado ou Revolta Federalista – até hoje não se sabe ao certo o número de mortes causadas pela repressão à Revolta da Vacina. Este episódio é icônico para pensarmos a relação do Estado com a população mais pobre, permeada por ações repressivas e violentas. Ainda, para a discussão sobre *biopolítica* e *tanatopolítica*, que será desenvolvida no Capítulo 6 desta tese, existe uma aparente contradição nas ações do Estado, que na tentativa de produzir saúde, tem como efeito prático a morte da população-alvo desta política de vacinação obrigatória.



moralidade discutível. Os maus exemplos vinham da campanha anterior, pela extinção da febre amarela, e toda a população já os conhecia. Os opositores diziam ainda mais, que se o governo acreditava plenamente nas qualidades e na necessidade da vacina, então que deixasse a cada consciência a liberdade de decidir pela sua aplicação ou não, podendo, inclusive, escolher as condições que melhor lhe conviessem para recebê-la. Obstavam, enfim, não contra a vacina, cuja utilidade reconheciam, mas contra as condições da sua aplicação e acima de tudo contra o caráter compulsório da lei (SEVCENKO, 1984: 13-14).

Depois de um processo desgastante de embate e repressão do movimento, a revolta foi marco para o Estado e a medicina pensar outras formas de interação com a sociedade. Todavia, o diálogo entre profissionais de saúde e população ainda hoje está em voga no debate na área de Saúde Coletiva, já que ainda há muitas arestas a acertar. Também é necessário destacar que, neste momento histórico que temos a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985; SANTOS, 1994; LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005). Sua importância se dá porque

No âmbito das políticas sociais, pela Constituição de 1891, cabia aos estados a responsabilidade pelas ações de saúde e de saneamento, assim como pelas de educação. As medidas de proteção social e, em particular, a assistência médica só viriam a ter um reconhecimento legal como política pública com a aprovação da Lei Eloi Chaves, de 1923, resultado do crescente impacto do que passou a ser definido como a questão social do país. Até então, muitas categorias de trabalhadores organizavam associações de auxílio mútuo para lidar com problemas de invalidez, doença e morte. A lei que regulamentou a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões tem sido apontada como o momento inicial da responsabilização do Estado pela regulamentação da concessão de benefícios e serviços, especialmente da assistência médica. Tratava-se de organizações de direito privado, criadas para os grupos específicos de servidores públicos e organizados segundo princípios de seguro social, ou seja, um modelo em que os benefícios dependiam das contribuições do assegurados (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005:32).

Duas considerações são importantes aqui: primeira, o fortalecimento do Estado via penetração das políticas de saúde no interior do território. Porque segundo Lima, Fonseca e Hochman (2005), “[...] o estudo de Hochman (1998) demonstra, no caso brasileiro, a forte interação da transformação da saúde em bem coletivo com o processo de expansão da autoridade estatal”. Desta forma, seguindo esta lógica de argumentação, é possível afirmar que o Estado brasileiro se formou enquanto Estado via as políticas de saúde, especialmente, se pensarmos na interiorização dos sertões (HOCHMAN, 1998;

CUNHA, 2005) e, ainda, de personagens icônicos como Jeca Tatu. Sendo que o “movimento sanitarista da Primeira República transformou a saúde em questão social e política” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005:35).

Segundo Paim, a estruturação das políticas de saúde inicia-se tendo como referência o trabalho. Desta forma, por um bom tempo, a Saúde Pública lidará com esta dicotomia. É um sistema de saúde que é baseado no *seguro social*, ou seja, “também chamado de meritocrático, como por exemplo na Alemanha, França e Suíça, os serviços são garantidos para aqueles que contribuem com a previdência social, possibilitando àqueles que podem pagar pela assistência médica procurarem atendimento particular” (PAIM, 2009:18-19)<sup>102</sup>.

Desta maneira, a construção da cidadania no Brasil tem uma forma peculiar, que Carvalho (2008) chamou de *estadania*, para ressaltar a importância da dinâmica estatal neste processo. Independentemente de prodigalidade estatal ou civil, a ligação próxima com o Estado é evidente, pois:

[...] pode-se analisar a importância e a magnitude dessa mudança sem adotar como parâmetro seus resultados mais imediatos no que se refere aos impactos sobre a qualidade de vida e as condições de saúde da população. Trata-se de identificar o processo de expansão da autoridade pública e da infra-estrutura sanitária correspondente, aspecto crucial para entendermos que a construção do Estado nacional integra dimensões jurídicas, simbólicas e materiais (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005:37).

Do ponto de vista das dimensões jurídicas, especialmente nos anos 1930, há a criação de toda uma estrutura de leis trabalhistas e previdenciárias, que impactam decisivamente na qualidade dos direitos de cidadania da população brasileira. É importante também atentar para este domínio, porque – segundo a argumentação do capítulo 6 desta tese – é o domínio jurídico, na análise do dispositivo, que permite que haja exceção dentro da regra e políticas que geram morte, dentro da *biopolítica*.

---

<sup>102</sup> De acordo com Paim (2009), os sistemas universais de saúde, que são aqueles destinados a toda a população, podem ser classificados em três tipos: a seguridade social, o seguro social e a assistência. O primeiro caso vincula a assistência em saúde à cidadania, sendo financiado solidariamente por toda a sociedade, por meio de impostos e contribuições. O seguro social, como dito no corpo de texto, está vinculado à Previdência Social e, portanto, ao trabalho e à contribuição prévia. Já o baseado na assistência, que é também conhecido como *residual*, proporciona algum atendimento apenas para aqueles que provêm a condição de pobreza e impossibilidade de compra de serviços no mercado. O Brasil, atualmente, com o SUS, adota o modelo de *seguridade social*, mas a cobertura inicial era de *seguro social*, baseada nas CAPS e privilegiando categorias profissionais que possuíam maior poder de barganha no jogo político e na garantia de direitos.

### Era Vargas (1930-45)

A Era Vargas se constitui como um período de exceção democrática no Brasil. Em busca de legitimação social, a propaganda que o Estado varguista vendeu foi a de Getúlio Vargas como “pai dos pobres”, imagem que foi construída diante dos avanços das políticas sociais no período, dentre elas a Saúde Pública.

É neste período que a área da Saúde vai ganhar um ministério próprio, o Ministério da Educação e da Saúde Pública, cujo principal objetivo foi remodelar as políticas sanitárias no país, afim de centralizar também as políticas de Saúde, assim como o modelo político-administrativo mais amplo. Tal característica foi recebida de forma distinta entre os estados: nos que havia pouca assistência própria à saúde, havia a expectativa de investimentos na cidade; nos que havia já uma estrutura, a intervenção foi considerada centralizadora demais (BERTOLLI FILHO, 2006).

Neste processo de centralização administrativa, os médicos foram praticamente excluídos das decisões sanitárias, que eram tomadas por políticos e burocratas, que nem sempre se constituíam em especialistas no assunto. Como o contexto era de regime autoritário, a comunidade médica praticamente se calou diante destes acontecimentos e canalizou esforços para expansão de benefícios próprios, com a criação do Código de Moral Médica, que, entre outras coisas, condenava a crítica de práticas que envolvessem erros involuntários de graves consequências, inclusive a morte de pacientes (BERTOLLI FILHO, 2006).

Neste período, também, há a ampliação da rede de medicina ligada à assistência previdenciária, com as Caixas de Aposentadoria e Pensões e os Institutos de Previdência. Além da crítica que sempre se faz deste modelo – que atende apenas os trabalhadores formais urbanos, deixando à margem do atendimento as demais parcelas da população – mesmo o atendimento aos trabalhadores era limitado (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985; BERTOLLI FILHO, 2006; PAIM, 2009). Em casos de tuberculose, por exemplo, os tratamentos eram sugeridos em sanatórios afastados, inviáveis por conta da distância, ou era sugerido o tratamento por conta própria, que também não era uma opção eficiente. Além disso, o trabalhador adoentado, ele mesmo, passava a ser considerado *um trabalhador que não deu certo* e, portanto, estigmatizado (BERTOLLI FILHO, 2006).

Há também, neste período, a continuidade de um processo de Educação em Saúde, que se iniciara os primeiros anos de República. O objetivo era convencer a

população de hábitos de higiene considerados mais saudáveis e importantes para a prevenção de doenças, principalmente, as infecto-contagiosas. A princípio, os meios utilizados eram panfletos e cartazes elaborados pelo Ministério de Educação e Saúde. Todavia, como grande parte dos brasileiros era analfabeta, as mensagens higienistas também passaram a ser veiculadas pelas emissoras de rádios (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Importante destacar que muitos destes conselhos em Saúde ainda divulgavam princípios eugênicos que eram difundidos desde a Primeira República. De acordo com estas ideias, a qualidade racial dos brasileiros influenciava determinantemente na proliferação de moléstias e da miséria no país. De inspiração fascista, havia nessas mensagens uma sutil apologia ao Nazismo e à ideia de *raça pura* (DIWAN, 2014). No entanto, essa visão de saúde vai se alterar a partir de 1942, quando o Brasil declara guerra aos Eixo, e passa a ter como modelo de saúde pública o povo norte-americano, com propaganda de hábitos alimentares e de produtos consumidos e produzidos nos EUA (BERTOLLI FILHO, 2006).

Apesar de todo este investimento em estruturação administrativa da saúde, o Brasil ainda era considerado uma “sociedade de homens doentes”. O Brasil e a América Latina ainda tinham como causa de mortes doenças infectocontagiosas e parasitárias, ao passo que nos EUA já havia prevalência de “doenças modernas”, como cardíacas e câncer. Isto demonstra como as iniciativas no campo da Saúde Pública eram ainda incipientes e ineficazes e a Saúde Previdenciária atendia apenas uma parcela específica da população.

Pode-se analisar o período em três perspectivas: esfera política, esfera ideológica e esfera institucional (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005). Na esfera política, houve aguçamento das diferenças intra-oligárquicas e redesenho dos poderes federativos. Na esfera ideológica, o fortalecimento do projeto político-ideológico de construção nacional. E, na esfera institucional, a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública:

Em suma, as questões que obtiveram relevância no debate intelectual do período estiveram direcionados para o tema da relação entre governo central e os Estados, através do contraponto entre Nação e Federação, entre centralização e descentralização, aí incluindo as definições sobre o papel que deveriam desempenhar os municípios e suas relações com o governo central (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005:40).

Importante salientar que este embate entre estados e federação perpassa, de uma maneira ou de outra, toda a história política brasileira. Seja no acordo que se faz para as províncias continuarem unidades, agora em estados, quando da Proclamação da República, ou os arranjos políticos da Primeira República, que culminaram no que ficou conhecido como *Política do Café com Leite*, *Política dos Governadores* e *Coronelismo* (LEAL [1948] 2012; CARVALHO, 1997), a tensão entre administração pública centralizada e demandas regionais sempre esteve presente. Atualmente, para resolver esta questão, as políticas sociais têm diretrizes nacionais, mas são geridas localmente, levando em consideração a estrutura tripartite da federação e as especificidades do território<sup>103</sup>.

A Saúde neste período vai ter dois modos de atuação. Primeiro, ligado ao Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC) e ao arranjo que ficou conhecido como *cidadania regulada* (SANTOS, 1994), ou seja, serviços aos inseridos no mercado formal de trabalho urbano e amparados por princípios corporativos que definiam a noção de cidadania. Segundo, pelo Mesp, que cobriam aqueles que eram considerados *pré-cidadãos*, ou seja, os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais... todos aqueles que não se habilitavam a usufruir dos serviços ofertados pelas caixas e pelos institutos previdenciários.

Tal dualidade tornou-se uma das marcas do sistema de proteção social de saúde no Brasil, que intensifica sua institucionalização exatamente nesse contexto formalizando no campo da saúde uma separação que até então vinha sendo apenas esboçada. Iniciou-se, portanto, durante o primeiro governo de Getúlio Vargas, a distinção institucional entre duas áreas de gestão em políticas públicas de saúde, que mercaria definitivamente as ações de saúde no Brasil (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005:42).

Desta forma, além de institucionalizar esta dualidade nas políticas de Saúde, este período também institucionaliza as ações em saúde, seja através de normativas e regulamentos ou da própria burocratização do Estado, que tem sua história mesclada com a burocratização da Saúde Pública.

---

<sup>103</sup> Território, para o SUS e o SUAS, é entendido diante da argumentação de Santos (2008), que considera o espaço geográfico um *híbrido*. Ou seja, é um espacialidade física, mas que leva em consideração as ações sociais ali praticadas.

Regime Liberal Populista (1945-1964)

O período de redemocratização no país, depois da ditadura civil de Vargas, seguiu, no plano político, com democracias populistas, mais ou menos na mesma linha que Vargas inaugurara. Todavia, o que havia de diferente agora eram as pressões de movimentos sociais – já em contexto de possíveis manifestações – exigiam que se cumprissem as promessas de melhores condições de vida, de saúde e de trabalho. No que concerne à saúde, é deste período o Plano Salte, que previa melhorias na saúde, alimentação, transporte e energia, contudo sem ter sido colocado em prática (FAUSTO, 1995). A criação do Ministério da Saúde (1953), embora tenha contato com pouca verba durante os anos 1950. Também existe um olhar para o interior e regiões rurais, com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (1956), que buscava retomar a experiência do Serviço Especial de Saúde Pública, com vistas a sanear as regiões da exploração da borracha amazônica e o Vale do Rio Doce (BERTOLLI FILHO, 2006). Havia também como contexto maior, a ideia de “círculo vicioso entre doença e atraso” (MYRDALL, 1952) e, portanto, a necessidade de investimento racionais no desenvolvimento para mitigar o atraso e, conseqüentemente, as mazelas da pobreza e as doenças<sup>104</sup>.

[...] A saúde, ainda que não ocupasse mais o mesmo lugar em um discurso civilizador que tivera nas duas últimas duas décadas da Primeira República, foi integrada de diferentes modos à ‘ideologia do desenvolvimento’ e esteve presente – mesmo que retoricamente – nas iniciativas de planejamento estatal e nos projetos de desenvolvimento em competição no país (PENA, 1977 *apud* LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005:48).

Já no que concerne ao atendimento médico de trabalhadores, foi um período de grande pressão sindical para ampliar o número de trabalhadores e dependentes que tinham direito ao tratamento de saúde previdenciário. Desta forma, com o crescimento da demanda e arrecadação insuficiente e má administração de recursos, houve rebaixamento na qualidade de serviços prestados: longas filas, consultas rápidas, dificuldade em internação imediata, morte por falta de atendimentos.

Os problemas de saúde pública apresentados em períodos anteriores ainda não haviam sido superados. A taxa de mortalidade infantil no Brasil era altíssima,

---

<sup>104</sup> Segundo Lima, Fonseca e Hochman (2005), “Pobreza e doença formavam a base do que o antropólogo colombiano Arturo Ecoabar chamou de “a invenção do Terceiro Mundo” (p.47).

principalmente nas grandes cidades, que tinham crescido rapidamente com o êxodo rural. Tal taxa era consequência de desconhecimento de regras básicas de higiene e pela falta de investimento em uma rede de tratamento e distribuição de água e coleta de esgoto (PAIM, 2009). Outro problema básico que assolava o país ainda era a fome, que despertou movimentos sociais como as Ligas Camponesas, cujo objetivo era reforma agrária, lutar contra a fome e a exploração de latifundiários.

Diante deste contexto, a medicina passa a se politizar. Fica evidente que o exercício da medicina não deveria estar restrito à utilização de técnicas para melhorar a saúde da população, sem enxergar a relação com os interesses das classes sociais. Desta forma, a medicina passa a ser considerada uma prática social capaz de lutar, via engajamento político, pelo bem-estar coletivo, em benefício, principalmente, dos mais pobres. A convergência dos interesses da comunidade médica com movimentos populares levou questões sanitárias a terem papel central nas reivindicações dos trabalhadores urbanos e rurais. Todavia, quando este espaço de diálogo estava sendo aberto, houve no país mais um interrupção de período democrático.

#### *Regime Militar (1964-1985)*

Durante este período o país estaria novamente em contexto de exceção democrática. Caracterizado pelo bipartidarismo, e por forte centralização do poder Executivo, os poderes Legislativo e Judiciário tiveram seu campo de atuação limitado. Como o lema do governo era *Segurança e desenvolvimento*, os investimentos nos ministérios dos Transportes e da Indústria e do Comércio eram privilegiados em detrimento de investimentos no Ministério da Saúde.

Embora houvesse um discurso retórico acerca da saúde como fator de produtividade, o Ministério da Saúde privilegiava a saúde como elemento individual e não coletivo. Parte do reduzido orçamento era destinado ao pagamento de hospitais privados. Alguma verba era investida em campanhas de vacina. E quase nada sobrava para investimento nos sistemas de distribuição de água tratada e coleta de esgotos, importante na prevenção de várias doenças e moléstias. A saúde pública estava quase que em completo abandono, o que resultou em epidemias de doenças como dengue, meningite e malária (PAIM, 2009).

No que concerne à previdência social, neste período foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que unificava todos os órgãos previdenciários

que funcionavam desde 1930 e era subordinado ao Ministério do Trabalho. Estabeleceu-se, como tendência de anos anteriores, um sistema dual de saúde: o INPS deveria tratar individualmente os pacientes, enquanto o Ministério da Saúde deveria elaborar e executar programas de saúde pública.

O INPS atuava por meio de convênios com o setor privado para atender os trabalhadores. Tal esquema mostrou-se frágil. Havia desvio de verbas da previdência para outros setores que não a saúde. Além disso, o investimento na saúde era considerado baixo, com demora para transferência de verbas. Somado a isto, a rede conveniada aumentava a fraude para receber mais do que tinham direitos pelos serviços prestados.

Nos anos 1970 também surge a medicina de grupo, como alternativa ao sistema previdenciário. Algumas empresas contratavam grupos de médicos, que tratavam dos seus funcionários. O acordo era de pagar estes grupos e ter isenção das taxas previdenciárias ao governo, ao passo que se comprometiam a prestar a assistência médica aos seus empregados, recebendo, inclusive, subsídios do próprio governo federal.

Ainda, numa tentativa de controlar as fraudes do sistema previdenciário e melhorar a administração do INPS, foi criado em 1974 o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), ao qual o INPS passa a ser vinculado. Ainda, é criada a Empresa de Processamentos de Dados da Previdência Social (Dataprev), na tentativa de conter a evasão de recursos. Todavia, partia do próprio governo o investimento da arrecadação previdenciária em outros setores que não a saúde (BATICH, 2004).

Além de forte corrupção e desvios de verbas, tanto por parte do governo, como das redes privadas que se articulavam para oferecer serviços ao governo, é neste período também que há grande volume de capital estrangeiro no país, verificado em investimentos de seguro-saúde ou na indústria farmacêutica, que deixou evidente a relação da saúde como mercadoria, acessível aos poucos que conseguiam pagar por ela. Diante deste contexto, começou-se articular a Reforma Sanitária, que exigia a saúde como direito de cidadania e não meramente como produto a venda no mercado. Este movimento teria frutos nas décadas seguintes, na articulação do Sistema Único de Saúde (PAIM, 2009).



## **Reforma Sanitária e construção do SUS**

O processo de Reforma Sanitária no Brasil tem suas raízes na década de 1970, em meio à ditadura militar e, portanto, em período de exceção democrática. Sendo assim, é um movimento da saúde, pela busca da democratização da saúde, que se junta a demais anseios de outros tantos movimentos, que visavam à democratização em outros setores sociais.

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) pode ser entendida como um conjunto de ideias que propunham mudanças na saúde, sem, contudo, se restringir a esta. Desta forma, pode ser considerada também como uma reforma social, porque pensa as questões de vida, dos condicionantes sociais, culturais, econômico que influenciam na qualidade de vida da população (PAIM, 2008).

Como dito acima, as origens da RSB remontam aos anos de ditadura militar no Brasil. Caracterizado pelo bipartidarismo e forte centralização do poder Executivo, os poderes Legislativo e Judiciário tiveram seu campo de atuação limitados. Como o lema do governo era *Segurança e desenvolvimento*, os investimentos nos ministérios dos Transportes e da Indústria e do Comércio eram privilegiados em detrimento dos investimentos no Ministério da Saúde (MS).

Segundo Bertolli Filho (2006), embora houvesse um discurso retórico acerca da saúde, como fator de produtividade, o Ministério da Saúde privilegiava a saúde como elemento individual e não coletivo. Parte do reduzido orçamento era destinado para pagamento de hospitais privados. Alguma verba era destinada para campanhas de vacina. E quase nada sobrava para coleta de esgoto e distribuição de água tratada. A saúde pública estava em completo abandono, o que resultou em epidemias de doenças como dengue, meningite e malária.

No que concerne à previdência social, neste período foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que unificava todos os órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930 e era subordinado ao Ministério do Trabalho. Estabeleceu-se, como já era a tendência de anos anteriores, um sistema dual de saúde: o INPS deveria tratar individualmente os pacientes, enquanto o MS deveria elaborar e executar programas de saúde pública.

O INPS atuava por meio de convênios com o setor privado para atender os trabalhadores. Tal esquema se mostrou frágil. Havia desvio de recursos de verbas da previdência para outros setores por parte do governo. Por sua vez, os prestadores de serviço em saúde fraudavam o sistema. Eles eram pagos por unidades de saúde (US) e

muitas vezes declaravam mais serviços de saúde prestados do que o correspondente à realidade.

Tal situação incentivou a rearticulação paulatina de movimentos sociais, organizados em prol da denúncia da situação caótica da saúde pública e também em torno de um movimento para transformação na saúde, que agregava médicos, acadêmicos e cientistas (movimento sanitário). Considerando o momento de exceção democrática, o movimento sanitário, além das melhorias em saúde (direitos sociais), se alinhava à luta pelos direitos civis e políticos, suprimidos pela ditadura. Desta forma, se havia antes um inimigo comum à sociedade civil – o regime autoritário – os movimentos sociais passam a se articular em torno de suas especificidades e diversidades (DAGNINO; TATAGIBA 2007) e em busca de garantir suas demandas na Constituição de 1988, conhecida como *constituição cidadã*.

#### *O movimento sanitário e os momentos da Reforma Sanitária Brasileira*

De acordo com Gerschman (2004) a Reforma Sanitária pode ser analisada diante três perspectivas: o processo de transição democrática e a reformulação da política de saúde, os movimentos sociais – separados em movimentos populares e movimento médico – e, por fim, o processo de implementação da Reforma Sanitária nos anos 1990, pensando especialmente os *atores privilegiados* e a possibilidade de atuação dos conselhos de saúde.

A novidade em sua análise diz respeito não apenas à análise do movimento médico e acadêmico da Reforma Sanitária, como fez Escorel (1999), mas a um olhar direcionado aos movimentos sociais de base, que tiveram importância central na participação da construção das bases do SUS e o entendimento que *Saúde é democracia*. Todavia, o movimento popular vai perder um pouco o contato com o movimento médico, na medida em que o movimento médio se articulará também em torno de questões profissionais e corporativas:

No que concerne à sua atuação, o Movimento Médico demonstrou ser bastante complexo. Na década de 70, particularmente em seus derradeiros anos, as associações médicas tiveram uma atuação política especialmente intensa, o que justifica amplamente a denominação ‘movimento médico’. Não se pretende afirmar que ela tenha sido exclusiva, muito pelo contrário. O que se quer frisar é que foi predominante, tendo ocupado o segundo plano de atuação de caráter profissional e/ou sindical dos médicos. No entanto, a década de 80

acentuou a face reversa da atuação médica, marcada pela atuação profissional e corporativa dos médicos e expressa também, em graus diversos, pelo conjunto de entidades médicas (GERSCHMAN, 2004:138).

Este posicionamento do movimento médico, que tem no início de sua trajetória uma relação mais próxima com as demandas por saúde pública e, depois, paulatinamente, vai adquirindo contornos mais corporativistas, vai influenciar decisivamente a parte da Reforma Sanitária que vira legislação na Constituição de 1988 e dá bases ao Sistema Único de Saúde. De acordo com Arretche (2005), houve uma grande coalizão<sup>105</sup> de sustentação do SUS, da qual participaram os médicos, de forma corporativista:

A Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde conformaram as características do sistema público. Para atender a objetivos analíticos, é importante destacar duas delas. Em primeiro lugar, os provedores lucrativos conservaram seu papel na provisão de serviços especializados, bem como mantiveram sua autonomia para o exercício liberal da medicina. Portanto, ganharam todos: o setor privado lucrativo conservou seu papel na provisão de serviços, sem garantir exclusividade ao SUS; os médicos mantiveram a possibilidade de prestar simultaneamente serviços ao SUS e ao exercício liberal da medicina; e prefeitos e governadores poderiam agradar seu eleitorado com o aumento da provisão de serviços gratuitos e ganharam, finalmente, os cidadãos, pela promessa de que receberiam a integralidade dos serviços de saúde de modo universal e gratuito (ARRETCHÉ, 2005:294).

Tal coalizão diz muito a respeito dos limites hoje enfrentados pelo SUS, haja vista que a existência concomitante do Sistema Único de Saúde e a Saúde Suplementar é apontada como um dos entraves ao avanço da democratização da saúde no Brasil. Todavia, aqui vamos nos ater ao momento de configuração do SUS e, portanto, ao começo do processo, ou seja, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

De acordo com Escorel (1999), o movimento da RSB pode ser assim denominado – como *movimento* – porque: 1) tem uma base institucional que foi

---

<sup>105</sup> Além desta coalização para a sua formação, Arretche (2005) aponta a estrutura tripartite de governo do SUS: cabe ao nível federal o financiamento e a coordenação intergovernamental; ao nível municipal, a gestão de programas locais e, por fim, ao estadual, o suporte aos sistemas municipais: “A concentração da autoridade sobre o financiamento e a coordenação do sistema nas mãos do governo federal significa que os governos locais são fortemente dependentes das regras e transferências da União para a implementação de suas políticas” (ARRETCHÉ, 2005:294). Dessa forma, analisar as políticas municipais traz também a necessidade de refletir sobre as diretrizes nacionais e como o sistema municipal se ajusta ao sistema estadual, haja vista que cabe ao último o suporte ao município quando ele não consegue sozinho suprir todas as suas demandas. Neste sentido, a rede de acolhimento também se constrói regionalmente.

ampliada dos DMP (Departamentos de Medicina Preventiva) para as residências e pós-graduações, posteriormente extrapolando para o mundo acadêmico e penetrando no INAMPS; 2) um órgão de representação e difusão, representado pelo Cebes, com a revista Saúde em debate, os documentos e manifestos desta entidade e, posteriormente, com a ABRASCO; 3) mecanismos de produção de seus agentes, “intelectuais orgânicos” através de núcleos acadêmicos espalhados pelo país formando pessoas com a mesma abordagem no campo da saúde; 4) um marco teórico referencial permanentemente construído e colocado em prática; 5) um modelo alternativo de organização dos serviços de saúde e de institucionalização do Sistema Nacional de Saúde.

Desta forma,

O movimento sanitário configura-se em sua singularidade por ter construído sua organicidade através da identidade do discurso e da criação de modelos alternativos; ter ampliado seu campo de ação, superando os limites do mundo acadêmico e penetrando na prática dos serviços; ter se originado nos aparelhos ideológicos de Estado (universidades), mas ter-se radicado na sociedade civil como movimento opositor ao regime; ter incorporado explicitamente a prática política rejeitando a neutralidade técnica; ter conscientemente construído uma força contra-hegemônica nas instituições setoriais utilizando a estratégia de ‘ocupação de espaços’; ter tido um pensamento estratégico, procurando sua ampliação nos espaços de poder para viabilizar suas propostas de transformação (ESCOREL, 1999: 187-186).

As propostas de transformação do movimento sanitário constituem o processo de Reforma Sanitária que, segundo Paim (2008), deve ser pensada em 5 momentos: 1) ideia – tese defendida por Arouca (1975) sobre o dilema previdenciário; 2) proposta – “A questão democrática na área da Saúde” (Cebes, 1980); 3) projeto – 8ª. CNS; 4) movimento – o movimento sanitário; 5) processo – processo permanente, ainda em construção, depois da CF/88.

Sendo assim, houve uma ideia inicial com a tese de Arouca (1975)<sup>106</sup>, que teve repercussões no campo da Saúde Coletiva e influenciou a criação de entidades como o CEBES e a ABRASCO. Posteriormente, esta ideia inicial se articula em proposta e projeto, que antecipam (ou pressionam/colaboram) para a parte da Constituição Federal

---

<sup>106</sup> O dilema preventivista, cujo argumento central é a necessidade de humanização da saúde e o investimento na prevenção e não apenas no diagnóstico e na cura do paciente já adoecido. Outro texto considerado canônico é o de Donnangelo (1975), que tem as mesmas preocupações e analisa ainda a questão do mercado de trabalho da medicina e a formação profissional na área médica.

de 1988 que define a saúde como um direito universal e dever do Estado. A RSB, portanto, está ligada ao movimento sanitário e em permanente processo de construção permanente.

O SUS, Sistema Único de Saúde, pode ser considerado um avanço da Reforma Sanitária. Sua área de atuação é institucional (o sistema de saúde) e ele não avança nos objetivos de reformas sociais mais amplas da RSB, mas busca colocar em prática a ideia de democratização da saúde. Sendo assim, tem como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade. Universalidade porque deve ser acessível para todos, independentemente de contribuição prévia para previdência social. Integralidade porque é extinta a descontinuidade entre prevenção e cura, a saúde passa a ser entendida integralmente, sendo que a população tem direito à acesso aos variados níveis de tratamento, inclusive os mais complexos. Equidade devido ao tratamento igual de todos, mas considerando as necessidades específicas de cada um e, portanto, recorrendo à discriminação positiva, de modo que quem mais precisa tenha acesso mais rápido.

De acordo com Paim (2009), o movimento sanitário conseguiu diante de diversos contextos, via articulações de bastidores e outras ações políticas, gerar ganhos significativos para a RSB. Todavia, a partir dos anos 1990, os movimentos sociais sofreram um recuo, ao passo que os gestores alcançaram um protagonismo maior no processo político da saúde, que deu maior ênfase à dimensão institucional da RSB, ou seja, a implantação do SUS, secundarizando outros componentes do “projeto”.

É necessário destacar que, embora em contexto democrático, os anos 1990 foram anos de Liberalismo no Brasil e, portanto, se constituíram em momento desfavorável para as políticas sociais. Especificamente no campo da saúde, depois da Constituição de 1988 aprovou-se a Lei Orgânica de Saúde, que sofreu vetos do governo Collor, particularmente em relação à extinção do INAMPS. Todavia, foi possível aprovar a obrigatoriedade o ministro da Saúde fazer transferências automáticas e regulares aos municípios, além de colocar uma data limite para a extinção do Inamps (ARRETCHE, 2005).

Em relação à abrangência e financiamento do SUS, estima-se que cerca de 1/3 a mais da população passou a ter acesso à saúde, ao passo que cerca de 50% a menos de verbas passou a ser investida na saúde. De acordo com Paim (2005), se o movimento sanitário foi capaz de neutralizar certas iniciativas contrárias ao SUS, não teve força para impedir a implosão da Seguridade Social e o uso abusivo da saúde nas barganhas político-partidárias.

Como houve este momento de recuo dos movimentos sociais e uma parte da RSB mais institucionalizada via gestores de saúde, ocorreu uma espécie de acomodação das demandas para continuação da RSB. Internamente ao Estado, os gestores não estavam em posição de fazer grandes críticas, da mesma forma que a participação popular, em alguma medida, foi substituída pelo controle social, ou seja, uma participação mais engessada pelas regras institucionais.

Um marco para a retomada do “processo” da RSB vai ser o documento Carta de Brasília (2005) que estabeleceu uma agenda conhecida como “SUS para valer: universal, humanizado e de qualidade”. Se num primeiro momento os esforços da RSB foram canalizados para implantar o SUS, no começo dos anos 2000 haveria um novo momento que possibilitaria tematizar mais uma vez a “totalidade de mudanças” concebidas no “projeto” inicial da Reforma Sanitária (PAIM, 2009).

Importante ainda destacar que a área da Saúde Coletiva é uma área autônoma de conhecimento. Se constituiu enquanto ciência e posicionamento político, pois a teoria passou a ser entendida como um instrumento de luta política, com a realidade sanitária como seu objeto de estudo e intervenção política (SCOREL, 1999). Todavia, se analisarmos as políticas atuais de saúde, além dos limites impostos por questões orçamentárias, há acesso diferenciado aos programas de saúde. De acordo com Boccolini et al (2016), com base na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013<sup>107</sup>, a população brasileira relata discriminação no acolhimento em saúde. Os fatores elencados são: falta de dinheiro, classe social, discriminação por sexo, idade e cor de pele. Isto se constitui em grande problema para a saúde, em seu sentido público. Porque a discriminação tem impactos negativos na saúde mental e física das populações, devido ao cuidado inadequado a certos grupos e, ainda, à baixa adesão às recomendações do profissional de saúde (BOCCOLINI *et al*, 2016).

O debate na Saúde Coletiva sobre tais limites ainda presentes no Sistema Único de Saúde perpassa pela formação em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), pelo reconhecimento da alteridade e interação das intersubjetividades nas práticas de saúde (AYRES, 2001), ou ainda por um esforço na construção de redes (MENDES, 2011). Como também na busca de um diálogo próximo com as Ciências Sociais (ALVES; RABELO, 1998; MINAYO, 1998; BODSTEIN, 1992), mas, mesmo assim encontra esses limites. Alguns deles são relativos às estruturas das políticas públicas e à questão

---

<sup>107</sup> Dados disponíveis em:< <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>>. Acesso em: 01 jul.2017.

dos *burocratas de nível da rua*<sup>108</sup>, levando-se a sério as políticas públicas e os enunciados a quais efeitos elas propõem. Já em outro ponto de vista, é possível destacar que a relação do Estado com as suas *margens* (DAS;POOLE, 2008) é uma relação em si problemática, que tenciona os limites da inclusão e exclusão<sup>109</sup>, que também é expressa na dualidade das políticas de saúde.

---

<sup>108</sup> Trabalhado mais adiante neste capítulo.

<sup>109</sup> E, no caso das políticas de saúde, pode ser abordado sob a perspectiva da *biopolítica* e da *tanatopolítica*. Esta é a perspectiva de análise do Capítulo 6 desta tese.

### PARTE III – ESTADO E MARGENS

A terceira e última parte desta tese é composta pelos Capítulos 5 e 6 e pelas Conclusões. O Capítulo 5 continua a discussão, já iniciada no Capítulo 4, sobre questão social e exclusão social, na perspectiva de *margens do Estado*, ou seja, descrevendo uma historicidade da gestão dos pobres que culmina sempre em repressão. Desta forma, apresentamos uma discussão sobre questão social e seu aspecto de *questão de polícia*, bem como a relação com *vadiagem e mendicância*.

O Capítulo 6, sobre *biopolítica, tanatopolítica e vida nua*, discute estes três conceitos, com base em relatos etnográficos apresentados em seu início, para destacar que a população em situação de rua de rua não é excluída e sim, ao contrário, tem várias intervenções estatais em sua vida cotidiana. Este capítulo destaca, ainda, a importância do domínio jurídico, como forma de justificar ações e consolidar o *dispositivo de gestão*. Desta maneira, mais do que uma rede de *saber-poder* (Foucault) importa saber como se justificam ações tipicamente ligadas ao *estado de exceção* em momentos democráticos (Agamben).

Sendo assim, a terceira parte desta tese, para-além das críticas aos limites das políticas públicas, entendidas aqui como *Estado em ação*, faz uma crítica a própria constituição estatal, que cria uma relação desigual com suas *margens*, afim de garantir hegemonia em seu centro. Neste sentido, sempre elege os seus *matáveis* e, desta forma, produz constantemente *vida nua*.

Se na segunda parte desta tese a crítica está relacionada aos limites das políticas públicas, que são levadas a sério. Na terceira parte, as políticas públicas são tomadas como construção que, de saída, não promoverão emancipação social ou igualdade. Isto porque, nesta abordagem, apostamos na interpretação de ação do Estado como *disciplina, biopolítica, tanatopolítica e controle*.



## CAPÍTULO 5 – QUESTÃO SOCIAL E EXCLUSÃO SOCIAL

*Questão social* é um dos temas centrais das Ciências Sociais porque apresenta relevância teórica e prática. Para o primeiro ponto, porque há toda uma matriz de pensamento nas Ciências Sociais, principalmente a francesa, desde Comte e Durkheim, que se preocupa com a coesão da sociedade, até Castel, que tem uma obra referência sobre as metamorfoses da questão social (CASTEL, 2008). Para a questão mais prática, em contexto de Estado Democrático de Direito<sup>110</sup>, este é ponto importante na discussão sobre direitos sociais, políticas sociais e relação que o Estado mantém com os considerados *excluídos*. De acordo com Risek e Georges (2013):

[...] o cenário contemporâneo em que se inscreve a “questão social” torna-se bastante mais complexo do que uma luta dual entre defensores da proteção social e defensores de uma autorregulamentação pelo mercado, de cunho neoliberal. [...] As tramas e tessituras da “questão social” aparecem e ganha, o estatuto de *dimensão pública nos espaços da pobreza e da precariedade*, nas novas conformações das sociabilidades, nos conflitos e nas formas de segregação socioespacial que caracterizam as grandes cidades no nosso mundo (RIZEK; GEORGES, 2013:251).

De acordo com a discussão clássica do tema, para Castel, a *questão social* “pode ser caracterizada por uma inquietação quanto à capacidade de manter a coesão de uma sociedade” (CASTEL, 2008:41) e, embora o estudo de Castel tenha como embasamento empírico o caso francês, é possível encontrar a importância do mesmo tema em outros contextos nacionais. No caso brasileiro, de acordo com Ianni (2004), a relevância da questão social se dá por ser ponto central para discussão política nacional:

Desde o declínio do regime do trabalho escravo, ela [a questão social] passou a ser um ingrediente cotidiano em diferentes lugares da sociedade nacional. A despeito das lutas sociais que envolve, e das medidas que se adotam em diversas ocasiões para fazer face a ela, continua a desafiar os distintos setores da sociedade. Ao longo das várias repúblicas formadas desde a Abolição da Escravatura e o fim da monarquia, a questão social passou a ser um elemento essencial das formas e movimentos da sociedade nacional. As várias modalidades do poder estatal, compreendendo autoritarismo e democracia, defrontam-se com ela. Está presente nas rupturas políticas ocorridas

---

<sup>110</sup> No Estado Constitucional Moderno, o poder político não se encontra centrado na figura do governante, ao contrário, esse poder é impessoal e manifesta-se por meio das leis. São as leis que governam o ordenamento social e político (BONAVIDES, 2004). E, com a democracia como um valor, depois da segunda guerra mundial e a *terceira onda* (HUNTINGTON, 1994) temos a Estado de Democrático de Direitos, que garantiria a isonomia entre os cidadãos, regulamentada pelas leis.

em 22, 30, 37, 45 e 64, para mencionar algumas. Dentre os impasses com os quais se defrontam a Nova República iniciada em 1985 destaca-se também a questão social (IANNI, 2004:103).

Dessa forma, em convergência com a citação de Octávio Ianni, argumentamos que há uma historicidade de como o tema foi tratado – ou uma forma como o tema foi construído – que deixou heranças para os demais momentos em que a *questão social* foi debatida na história do Brasil. É central, por exemplo, pensar o impacto da escravidão no Brasil, que como já defendia Nabuco (2011), deixaria como herança efeitos deletérios à constituição da sociedade brasileira. De acordo com Rizek e Georges (2013), “no rastro das marcas deixadas pela escravidão, que naturalizava a desigualdade, permitiam que a desigualdade e as práticas e sociabilidades das classes trabalhadoras e camadas populares fossem continuamente criminalizadas no Brasil” (RIZEK; GEORGES, 2013:249).

Diante de estudos anteriores<sup>111</sup>, argumentamos que há duas formas historicamente construídas, de enfrentar esta problemática no Brasil: (i) *questão política*: as formas de políticas públicas e leis; (ii) *questão de polícia*: a truculência como demandas sociais tradicionalmente foram tratadas no Brasil. Salientamos, ainda que essas duas maneiras podem coexistir na história política brasileira, do início da República até os dias atuais.

#### Questão social como questão política

A questão social passa a ser encarada como questão política<sup>112</sup> quando tensões geradas na Economia implicavam em conflitos na esfera política devido à carestia de vida. Com introdução da classe trabalhadora, a questão social passa a ser encarada de modo associado à questão trabalhista. Através das políticas diretas que compõem a geração<sup>113</sup> de direitos sociais (educação, saúde, assistência social, etc.) ou da

---

<sup>111</sup> Dissertação de mestrado. Ver: BARBOSA (2011).

<sup>112</sup> Com *questão política*, destaca-se que a *questão social* passa a compor a agenda política a governamental das nações. Exemplo disso são as leis, como a própria *Lei dos Pobres*, e, futuramente, com a classe trabalhadora, os sistemas previdenciários privados e públicos. No caso brasileiro podemos destacar as *Caixas de Aposentadoria e Pensão* (CAPs) e a *Lei Eloy Chaves*, anteriores a precursoras do processo de 1930, com sindicatos, corporativismo e Ministério do Trabalho (Era Vargas).

<sup>113</sup> Bobbio (2004) trabalha com a noção de *geração de direitos*, que seria o ganho processual qualitativo na cidadania, com a inclusão de diversos direitos (civis, políticos, sociais e culturais). Macpherson (1991) relaciona os direitos em relação ao Estado e os classifica como negativo (civil) e positivos (políticos e sociais).

regulamentação do trabalho, que define as diferenças no que chamamos, hoje em dia, de seguridade social.

A assistência social é destinada aos cidadãos que são incapazes do seu auto provimento e, portanto, são marcas do *Estado Providência* – aquele que provém. A previdência social é a garantia de direitos trabalhistas, e, portanto, associada aos que fazem parte do mercado formal (e urbano, no caso brasileiro), são marcas, então, do *Estado Previdência* – ou seja, ele não provém, mas regula as relações entre capital e trabalho<sup>114</sup>. Embora a evolução previdenciária tenha ocorrido mais ou menos da mesma forma nos vários países, no Brasil, há diferenças em relação à ordem histórica que surgiram os direitos que compõem a cidadania.

O modelo analisado por Marshall apresenta uma lógica integrativa entre os direitos: o civil proporcionou a possibilidade do desejo de participação na vida política, que garante a maior chance de pressão ao cobrar do Estado a intervenção em prol dos direitos sociais. De acordo com José Murilo de Carvalho (2009), era o exercer em exaustão de um direito que abria margem a outro direito.

Nos anos 1930, os outros componentes, além do social da cidadania, não haviam sido vivenciados à exaustão. O Estado teria sido o responsável pelos direitos sociais no Brasil, que deu origem à *pirâmide invertida*<sup>115</sup>: primeiro vieram os direitos sociais<sup>116</sup>.

### Questão social como questão de polícia

Sem dúvida alguma, os anos de 1920 e 1930 são importantes para a análise do que viria a ser a *questão social*<sup>117</sup>. Ela sempre aparece como sinônimo de *problemas sociais* e associa a pobreza à violência. De acordo com Amélia Cohn, esta sempre está presente:

Essa associação ente pobreza e problemas sociais dominante no imaginário brasileiro salta aos olhos numa simples conferência nas principais notícias cotidianas veiculadas pelos nossos meio de comunicação. No entanto, é a partir dessa associação básica – forjada de um longo e doloroso processo de construção da cidadania no Brasil

<sup>114</sup> Para discussão detalhada sobre Estado Providência e sua crise ver ROSANVALLON (1997).

<sup>115</sup> Segundo a argumentação de CARVALHO (2009). Em outro texto, há estudos que apontam que os direitos sociais, embora surjam na frente, são fruto de reivindicações sociais e, desta forma, denotam a vivência dos direitos civis e políticos (BARBOSA, 2011).

<sup>116</sup> Para discussão sobre direitos sociais e constituições no Brasil ver WOLKMER (1989). Para discussão mais ampla sobre constituições no Brasil e suas características específicas ver BONAVIDES; ANDRADE (2008).

<sup>117</sup> Na década de 1930, questão social se refere à necessidade de regulamentação do trabalho. Todavia, a repressão dos movimentos sociais e de iniciativas da sociedade civil sempre esteve presente, convivendo ao lado da regulamentação do trabalho. Podemos analisar a *questão social* sob a perspectiva autoritária e conservadora que a classifica como *questão de polícia*.

– que a “questão social” é equacionada, traduzida em programas sociais, e implementada (COHN, 2000: 386-6).

Todavia, foi via trabalho que determinados problemas sociais da realidade brasileira foram traduzidos em *questão social* e, enquanto tal, algo pertinente à esfera pública. E também à esfera da política, uma vez que sistematicamente é submetida à responsabilidade do Estado. E, desta forma, não havia como não ser um dos temas principais da primeira constituição promulgada depois do final da Primeira República (Constituição Federal de 1934 – CF/34<sup>118</sup>).

A célebre frase “questão social é questão de polícia”<sup>119</sup> sintetiza a forma como a questão foi – e ainda é – tratada no Brasil, de forma a naturalizar e estigmatizar a pobreza. A mesma naturalização do que se chama de *exclusão social* pode ser considerada uma herança ainda presente nos dias atuais. No Capítulo 4 desta tese, já discutimos como Saúde, Assistência Social e Segurança Pública estão imbricados na gestão dos pobres.

Desta forma, mais do que uma prática de controle social, podemos dizer que esta relação do Estado com algumas populações é fundante da estrutura do Estado, que tem sua legitimidade dada por suas *margens* (DAS; POOLE, 2008). Sendo assim, é imprescindível retomar a discussão dos limites da ideia de *exclusão social* – haja vista que não há literalmente excluídos – e sim lógicas perversas de inclusão, como citado anteriormente que “numa especiosa forma de integrar, excluindo e reprimindo” (SOUZA, 1994:32), ou ainda, numa forma de *inclusão excludente* (AGAMBEN, 2010), que pode provocar, por exemplo, morte legítima dentro de uma lógica de *biopolítica*.

### *Exclusão social e gestão de populações marginais*

Em artigo sobre o tema, Alba Zaluar revisita o termo *exclusão* e mostra as origens da discussão, seja na matriz francesa – relacionada à questão social – ou na matriz estadunidense – que utiliza o termo *underclass*. Para Zaluar (1997) é importante que se faça uma distinção entre o *problema teórico* e o *problema prático-político* do uso do termo *exclusão social*, se se quiser pensar a exclusão com mínimo de rigor. A

<sup>118</sup> Sobre esse contexto político e a promulgação da CF/34, é possível destacar: “a Constituição de 1934 é a primeira a apresentar em seu título IV a discussão sobre a *Ordem Econômica e Social*. Esta é, inclusive, uma de suas características que a torna mais famosa. Sem dúvida nenhuma sua importância está na cristalização, em forma de lei, de direitos sociais importantes” (BARBOSA, 2011).

<sup>119</sup> Vários são os trabalhos que podem ser indicados aqui que possuem foco nessa criminalização das classes subalternas na Primeira República. Ver, especialmente, o texto de Fausto (1984) e o de Souza (2010).

questão teórica se relaciona com uma dimensão simbólica da exclusão, muito trabalhada na Antropologia. A questão prático-política, retoma a discussão sobre a crise do *Welfare State* e questões de cidadania.

A dimensão simbólica, então, relaciona-se com as *identidades contrastivas* nas fronteiras entre os grupos. Neste universo, “importa pouco ou nada a relação do nome com a realidade que ele encobre” (ZALUAR, 1997). Importa a relação entre os nomes dentro do sistema que eles formam. Dito de outro modo, importam as relações simbólicas que se estabelecem e, no caso da *exclusão*, como ela é criada pelos sistemas simbólicos, em quais necessariamente há *dentro e fora*. Desta forma, a *exclusão* não é em si algo ruim. Pode ser um mecanismo condicionante da formação de alguns grupos ou sistemas simbólicos. Ela teria um significado negativo, quando a exclusão e a injustiça se sobrepõem:

Os autores da linha teórica francesa dedicados à questão social dos dias de hoje concordam que, para se pensar sobre injustiça social, temos que considerar não mais os pequenos grupos, mas as sociedades nacionais na relação com os Estados nacionais. A exclusão como manifestação de injustiça (redistributiva) se revela quando as pessoas são sistematicamente excluídas dos serviços, benesses e garantias oferecidos ou assegurados pelo Estado, pensados, em geral, como direitos de cidadania [...] (ZALUAR, 1997).

Sobre esta questão, no início de minha pesquisa frustrada de campo no município de Campo Grande, tive uma conversa interessante com minha interlocutora de lá, a responsável técnica pelo Consultório na Rua, na Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde:

*E ela [a responsável técnica pelo Consultório na Rua] então me perguntou: e do Foucault? Você gosta? Respondi que sim. Que para pensar estas questões eu utilizava o Segurança, Território e População e o Em Defesa da Sociedade. Ainda falei que utilizava o Agamben. Depois comentei que pensava em discutir e relativizar a exclusão social. Ela foi enfática ao dizer “Exclusão social existe!”. Eu contra argumentei, indicando o como a população de rua demandava atenção de políticas públicas (assistência social, mais recentemente saúde e segurança pública). Ela respondeu algo assim: “Sim, pode ser. Mas, nada disso promove cidadania. Então, eles são excluídos” (Diário de Campo, 01/11/2013).*

Portanto, a percepção da gestora também é a de que a PRS pode ser considerada excluída porque não possuem acesso aos direitos básicos. Desta forma, ela também tem como contexto o raciocínio de relação com o Estado e direitos de cidadania. É diante

desta relação com os Estados e, também, com a questão pública que é possível pensar o aspecto prático-teórico do problema da exclusão debatido por Alba Zaluar.

Este debate retoma críticas como a de Rosanvallon (1995) ao que ele chamou de *cidadania passiva*, associada aos direitos trabalhistas e, esta forma, ao *mérito pelo trabalho*. Importante é retomar esta crítica, porque com o que o autor chamou de *crise do Estado Providência*, reacendeu-se a preocupação com o *vício da dependência* e a discussão sobre os *pobres merecedores* voltou à tona. Então, é possível indicar a perspectiva moral que se coloca na discussão das políticas sociais. É por isso que autores como Castel (1995) preferem o termo *desfiliação*, que indica um processo que envolve sujeitos ativos.

Este também é o mote da discussão, mais ampla, francesa de crítica à ideia de *exclusão social*. Além de ser uma noção imprecisa – que reúne pessoas doentes, vagabundos, desempregados, prostitutas e etc. – ainda apresenta uma dificuldade de separar fatores morais e socioculturais de questões objetivas da desigualdade e da pobreza. Neste sentido, a ideia de *desfiliação* aponta para a dinâmica do processo de construção da vulnerabilidade (IVO, 2010).

Esta é uma das grandes preocupações das gestoras com quem tenho contato direto na pesquisa de campo. Elas pensam a necessidade de manter os avanços nas políticas sociais do município de Jaboticabal. Porque, segundo relatam, a gestão anterior era muito *assistencialista*<sup>120</sup> e, desta forma, fazia grandes quantidade de doações, especialmente de cestas básicas, sem, contudo, se preocupar com a garantia de autonomia dos usuários. Importante destacar, que embora não haja rituais simbólicos nos dias de hoje, essas doações assumiam forma de *dádiva*<sup>121</sup>, ao serem realizadas publicamente, visando à autopromoção política e, desta forma, destacando a superioridade de quem doa.

Mas, além da questão da preocupação prático-política da gestão, ainda há as referências para entender melhor como se constitui parte importante da cultura brasileira e sua relação com o processo de articulação dos direitos sociais no Brasil. Segundo Carvalho (2009), o processo de construção da cidadania no Brasil se deu de forma

---

<sup>120</sup> Embora a área de atuação seja Assistência Social, mesmo entre os interlocutores que são trabalhadores do SUAS há a forma pejorativa de *assistencialista* quando se refere às ações que são feitas visando o auxílio imediato e retorno de status ou apoio político a quem doa, sem pensar na garantia de independência futura de quem recebe o recurso.

<sup>121</sup> Chamando atenção para o lado da reciprocidade da dádiva, que pode ser reconvertida em dívida, Lanna intitula seu estudo de “A dívida divina” (LANNA, 1995), que, em seu estudo, trata das reciprocidades e patronagem (ou apadrinhamento) no nordeste brasileiro.

diferente da referência europeia, no que ele chamou de *pirâmide invertida*, na tentativa de apontar que os direitos sociais foram garantidos primeiro, de maneira centralizada no Estado e sem grande participação da sociedade civil e, desta forma, processo caracterizado pelo que ele chamou de *Estadania*.

Embora seja possível contestar a ausência da participação da sociedade civil – porque conforme demonstrado em outro texto a participação da sociedade civil nesta resolução do conflito capital trabalho foi importante<sup>122</sup> – a estruturação dos direitos sociais esteve diretamente ligada aos direitos do trabalho, especialmente na Era Vargas, o que fez o estadista ser conhecido popularmente como *pai dos pobres* (CARVALHO, 2009). Como os direitos eram relacionados ao trabalho, era como se a carteira de trabalho fosse uma *certidão de nascimento cívico* e garantia dos direitos de cidadania, numa configuração que ficou conhecida como *cidadania regulada*<sup>123</sup> (SANTOS, 1994).

Desta forma, desde o começo das garantias dos direitos sociais, há a divisão entre duas categorias de cidadãos: os que trabalham e os que não trabalham e, portanto, são associados também a *bandidos*<sup>124</sup>. Além da própria ausência de isonomia em relação à constituição da cidadania e acessos a direitos, esta clivagem entre *trabalhadores* e *bandidos* – ou ainda, a ideia de *vadiagem* – é essencial para compreender o *continuum* onde se inserem os tipos de cidadãos, no Brasil, que vai desde os que possuem acesso aos serviços público até os *matáveis*<sup>125</sup>.

A perspectiva dos trabalhos etnográficos organizados em coletânea por Das&Poole<sup>126</sup>, nos chama a atenção para a constituição do Estado pelas suas margens, ou seja, das populações que, normalmente, são chamados de *excluídos*. O que ocorre é uma relação diferenciada que tais populações têm com o Estado. Dessa forma,

<sup>122</sup> Ver BARBOSA (2011) e BARBOSA (2016).

<sup>123</sup> “Por cidadania regulada entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadão todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas em lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante a ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido em lei” (SANTOS, 1994, p. 68).

<sup>124</sup> Esta relação é tão importante que trabalhos etnográficos como de ZALUAR ([1985] 2000) e FELTRAN (2011). Ver nota de rodapé 24 na página 13. Por essa relação próxima, a gestão dos pobres também – e, principalmente, é realizada pela Segurança Pública – haja vista que eles, por proximidades comportamentais, são reconhecidos como “delinquentes” (LUNA, 2009: 320).

<sup>125</sup> Esta ideia é melhor debatida no Capítulo 6, desta tese.

<sup>126</sup> DAS, Veena; POOLE, Deborah. *El Estado y sus Margenes. Etnografías comparadas*. Ainda, para discussão sobre etnografia e debates atuais nas Ciências Sociais, ver Cefai (2010).

argumentamos que a exclusão social *stricto sensu* não existe<sup>127</sup>: há uma desigualdade de acesso aos bens de consumo e de produção bem como às políticas públicas e redes de proteção social.

De acordo com Foucault (2005), as populações são forjadas pela *governamentabilidade*. Em sociedades que apresentam o dispositivos da *biopolítica*, a relação de poder está associada ao espaço: exerce-se o controle dos fluxos, da circulação, do homem enquanto espécie, visando ao controle da *população*<sup>128</sup>. Estas populações podem ser consideradas *populações marginais*, de acordo com a relação que possuem com o Estado. Em última análise, a pobreza é criminalizada e a parte do dispositivo de sua gestão que chega a algumas parcelas da população é – única e simplesmente – a repressão.

Para Martins (2009), a *exclusão social*, propriamente dita, não existe:

*existe contradição, existem vítimas de processos sociais, políticos e econômicos excludentes; existe o conflito pelo qual a vítima dos processos excludentes proclama seu inconformismo, seu mal-estar, sua revolta, sua esperança, sua força reivindicativa e sua reivindicação corrosiva. Essas reações, porque não se trata estritamente de exclusão, não se dão fora dos sistemas econômicos e dos sistemas de poder. Elas constituem o imponderável de sistemas, fazem parte deles ainda que os negando. As reações não ocorrem de fora para dentro; elas ocorrem no interior da realidade problemática, “dentro” da realidade que produziu os problemas que as causam (MARTINS, 2009: 14).*

Entretanto, a noção de *exclusão social* pode empobrecer a análise do fenômeno da pobreza e da relação dos pobres com o Estado, uma vez que não considera a relação desses chamados de *excluídos* com o Estado. A proposta de pesquisa aqui defendida, relaciona o estudo da questão social com o debate sobre exclusão social no Brasil contemporâneo, tendo por base a análise empírica das políticas contemporâneas destinadas à PSR.

A tensão existente entre indivíduos e sociedade e, em última instância, entre indivíduo e Estado já foi largamente debatida nas Ciências Sociais. Autores como Foucault (2005; 2008) identificam nesta relação a produção de uma *população*, que no século XX exige um tipo de legitimidade do Estado e de gestão que pauta suas ações

<sup>127</sup> Este também é o argumento de José de Souza Martins, no livro *Exclusão social e nova desigualdade*. Ainda, para a discussão em eixo histórico, ver Fontes (1996).

<sup>128</sup> Para Foucault, população não é apenas um termo geográfico e sim político. As populações não existem anteriormente ao Estado e à biopolítica. Ela é forjada pelo Estado, para a gestão, ao mesmo tempo que cria subjetividades.



pela vida desta *população*, ou seja, a vida para a compor a discussão política, o que o autor chama de *biopoder*. Esta preocupação com a vida das populações aciona todo um conjunto de áreas de saberes, entre eles a Estatística e a Saúde Pública se destacam como modo de gerir a vida desta população.

Como dispositivo de gestão, as políticas de Saúde, Assistência Social e Segurança Pública se comunicam e suas relações nos ajudam a entender como estas instâncias se relacionaram – e ainda se relacionam – com os pobres e, mais especificamente no caso aqui debatido, com o que se chama contemporaneamente de população em situação de rua. Desta forma, o objetivo deste capítulo é resgatar a historicidade desta relação entre Saúde, Assistência Social e Segurança Pública, expressas na gestão desta população via políticas públicas. Para isso, iremos debater a questão da vadiagem e da mendicância, que congrega tanto Segurança Pública, como saberes da Criminologia como inspirações eugênicas e higienistas.

### Vadiagem e Mendicância

O fenômeno de pessoas nas ruas não é recente. Estudos como o de Geremek (1995) indicam a presença já no imaginário e em peças de teatro da figura do andarilho pela Europa do século XV/XVIII. Há relatos da figura do hobo no início do século XIX em peregrinações pelo interior dos Estados Unidos (ANDERSON; SCHWARTZ, 2011). Em todas as suas versões, que possuem matizes específicas de acordo com o momento histórico – seja na presença dos *andarilhos*, dos considerados *vagabundos*, dos *desempregados*, da figura do *hobo* – o que este ator social, que se apresenta de maneiras diversas na história da humanidade, representa é uma contestação do modo de viver domiciliado e da valorização do mundo do trabalho. Dessa forma, a tensão existente entre indivíduo e sociedade, que se relaciona com a normatização das condutas e dos corpos, encontra nesta figura expressões mais radicais de intervenções.

Segundo Castel (2008) por muito tempo a culpa pelo *desemprego* e *vadiagem* recaía no indivíduo, na ausência de qualidades que ele possuía. Somente depois da grande onda de desemprego que este vocábulo passou a incorporar o léxico discursivo sobre o problema da ausência de emprego. Também, muito em virtude das enormes filas de desempregados, que exigiam uma explicação também social para o problema. De qualquer forma, mesmo que tenha havido essa mudança, a herança do modo de

explicação pelas qualidades individuais permaneceu por muito tempo e encontra ressonância até hoje, principalmente em debates com inspiração liberal.

Nos dias atuais, ainda é possível perceber como a questão da vadiagem ainda encontra-se no imaginário da população. Isto é presente na estruturação das políticas assistências no mundo e no Brasil. No caso específico do interior de São Paulo, é possível traçar um histórico da formação da Assistência Social em relação às atividades caritativas, especialmente ligadas a grupos religiosos (OLIVEIRA, 2017) ou ainda como estas políticas impunham – e em alguns casos, ainda impõem – uma lógica de *circulação e fixação* (OLIVEIRA, 2012) pelo municípios. No início dos anos 2000, era comum a presença de sopões e diversas doações aos moradores de rua, sendo possível mapear atividades realizadas em prol deste grupo na semana inteira (BARBOSA, 2007). Ainda, sobre as esmolas, campanhas contra tal ato – como a que vi em Jaboticabal ou a que estrutura a análise de pesquisa recente em São Carlos (MELO, 2016) – tem ligação direta com a ideia de *vício da mendicância* e uma preocupação com baixa aderência às políticas públicas devido aos moradores de rua conseguirem formas outras de sustento na *viração*<sup>129</sup>.

Sobre a historicidade da discussão, no caso brasileiro, os anos interiores à Revolução de 1930 trazem elementos importantes para pensar a figura do *vagabundo*, seja como moradores de rua ou mesmo como indivíduos que circulavam pelas ruas e fugiam à conduta considerada padrão. É possível verificar no Arquivo Público de São Paulo<sup>130</sup> na seção de Autos Crimes de São Paulo-Capital, na busca da *série* (classificação do crime) duas categorias que são importantes para esta discussão: *vadiagem e mendicância*.

Mais importante ainda do que a presença dessas categorias de crime é entender como os indivíduos eram autuados e como se processava todo o caminho desde a autuação até o destino, quase sempre de 18 meses, para Ilha dos Porcos<sup>131</sup>. Martins (1998) aponta para a arbitrariedade desses processos, que tinha na *vadiagem* uma categorial criminal que englobava toda sorte de desvios de conduta e que, quando o indivíduo era preso, era praticamente a garantia de prisão, sem direito à defesa. Eram presos por esta categoria tanto andarilhos, como embriagados, como homossexuais e,

---

<sup>129</sup> Denominação êmica para designar um *saber da rua* (FRANGELLA, 2000), que permite maximizar benefícios na vida nas ruas. Algo como *dar o melhor jeito possível*.

<sup>130</sup> [http://www.arquivoestado.sp.gov.br/a\\_autocrimescapital.php](http://www.arquivoestado.sp.gov.br/a_autocrimescapital.php)

<sup>131</sup> Sobre o ICIA (Instituto Correccional da Ilha Anchieta), ver HORTA (2013).

em alguns casos estrangeiros<sup>132</sup>. O contexto político também deve ser levado em consideração. Aparecem prisões e categorias como *caftens*, *gatunos* e a inclusão dos *anarquistas* (FAUSTO, 1984).

Em estudo sobre a criminalidade em São Paulo, entre os anos de 1880 e 1920, Boris Fausto analisou a criminalidade em linhas gerais e três delitos em específico: homicídios; furtos e/ou roubos; *crime contra os costumes*. Estes últimos indicam o papel da polícia como normatizadora de condutas. Algo que permeia, de modo geral, as motivações de prisões neste período. Importante destacar, que além dessa característica, as prisões relacionavam-se também com a pobreza. Sobre a discussão a respeito da validade das fontes criminais, Fausto destaca o contexto da punição na época:

A questão da eficácia não está apenas ligada não é apenas técnica, mas também está ligada à discriminação social e às opções da política repressiva, sobretudo no campo das contravenções. Certas condutas passíveis abstratamente de sanção só se tornavam puníveis quando se referem a pobres (FAUSTO, 1984:18).

De acordo com Souza (1994):

[...] Foi frequente, nos relatórios apresentados pelos chefes de polícia ou pelos secretários da justiça, o aparecimento da figura dos vagabundos incorrigíveis e criminosos profissionais. Estes, quando não eram deportados, preenchiam todas as vagas flutuantes das cadeias. A presença destes juntamente com as prostitutas, os mendigos e os ociosos válidos no espaço urbano que principiava a ser higienizado e embelezado provocou muitos dissabores à empetecada elite republicana e às autoridades públicas, o que colocou mais acintosamente a premência do controle social diuturno através da organização policial em suas ramificações especiais para o policiamento urbano (NEDER & NARO, 1981; CARVALHO & CAVALCANTI, 1981 e CARVALHO, 1985 *Apud* SOUZA, 1994:22-23).

Importante destacar que, durante a presidência de Washington Luís (1906) – cujo lema sobre este tema que ficou para a posteridade é *questão social é questão de polícia* – havia preocupação em “não prender sem motivos” e “não prender sem processar”, numa tentativa de racionalização da produção de prisões e repressão. Todavia, “enquanto o número de prisões “legais” diminuiu, aumentou o vigor com que as autoridades interferiam no cotidiano, principalmente sobre os vadios, abrindo maior

---

<sup>132</sup> “Alguns textos oficiais daqueles anos vinculavam também o crescimento da mendicância ao influxo de estrangeiros” (FAUSTO, 1984:14).

espaço ao controle policial nas situações não passíveis de cominação penal” (SOUZA, 1994:23). E estas arbitrariedades caíam, muitas das vezes, sobre os *vadios*.

De acordo com Martins (1998), os processos abertos por *vadiagem* eram compostos por quatro fases: autuação, portaria, boletim de antecedentes e termo de declaração. Autuação era a parte responsável pela identificação do sujeito, com registros de nome, idade, sexo e motivo da prisão, bem como consta os relatos das testemunhas. A portaria era um documento expedido pelo delegado, que intima do sujeito detido e formaliza a acusação. O boletim de antecedentes é onde se encontrava a vida pregressa do acusado, com seus antecedentes criminais. E, por fim, o termo de declaração era onde era dada a palavra ao detento para expor sua versão do ocorrido.

O ponto que chama mais atenção na análise dos registros é como é construída a *sujeição criminal* (MISSE, 2010): de forma completamente arbitrária. Nos casos analisados por Martins (1998), as portarias sempre foram motivadas em virtude de se ter chegado ao conhecimento da delegacia responsável que o indivíduo fora encontrado perambulando pelas ruas, para eles, um “claro indicativo de que ganhava a vida com expedientes ilícitos”. Os boletins traziam os nomes ou apelidos pelos quais os indivíduos eram conhecidos. Mas, não havia qualquer segurança de que as fichas correspondiam às pessoas. “Muito embora a fotografia e a datiloscopia estivessem em condições de serem utilizadas como elementos de identificação dos indivíduos, eram pouco usadas em processos dessa natureza” (MARTINS, 1998: 91). Para fechar o ciclo, nos termos de declaração, invariavelmente todos os acusados se defendiam, insistindo que tinham profissão e que a prisão era fruto da perseguição policial, todavia, pouco adiantava. As testemunhas ouvidas quase sempre eram a de acusação:

Em todos os processos consultados havia unicamente testemunhas de acusação, sempre dois inspetores de segurança da própria Delegacia onde a pessoa havia sido detida e que eram também os responsáveis pela detenção. Essas testemunhas davam a sua versão do fato, afirmavam a ociosidade e periculosidade do acusado e emitiam seu parecer de que a sociedade precisava ficar livre do convívio com “tão nefasto elemento”, que deveria ser severamente castigado. Embora alguns detentos indicassem pessoas que poderiam testemunhar em seu favor, em nenhum dos casos consultados esse expediente chegou a ser realizado. Houve inclusive um processo em que o detento arrolou nomes, todavia foi definido pela autoridade policial que todas as despesas processuais para a localização e intimação das testemunhas correriam às suas custas, o que, é claro, inviabilizou o procedimento (MARTINS, 1998: 91).

Passada essa fase, vinha a tramitação judicial, que era mais demorada do que a tramitação na delegacia e continuava a incorrer em desmandos da Justiça e da polícia:

A tramitação até a decisão final podia levar anos. Nesse intervalo o sujeito devia permanecer em liberdade, todavia não era raro a polícia mantê-lo preso sem nota formal de culpa. Também não era raro que, permanecendo em liberdade no aguardo do julgamento, este desaparecesse e não se conseguisse mais localizá-lo. Quando isso ocorria, eram feitas diligências para encontrá-lo e, não sendo possível, o processo ocorria a revel, sendo nomeado um advogado dativo e ouvidas as testemunhas de acusação. Esse tipo de advogado nada significava para os acusados pois, em todos os processos analisados, o mesmo se absteve de qualquer manifestação em defesa de seu cliente. Face a afirmação das testemunhas de acusação e da desvalorização das provas contrárias, o processo era concluído com a sentença judicial condenatória. Em seguida vinha o mandado de prisão (MARTINS, 1998: 92).

A arbitrariedade, então, se fazia presente em todos os níveis da prisão das pessoas acusadas como *vadias*, mesmo que em alguns casos elas realizassem trabalhos comprovados. “Embora em nenhum desses casos apresentados tenha ficado comprovada a vadiagem dos implicados, a pobreza dos envolvidos, associada à prática de um trabalho não reconhecido como “legal”, acabaram por constituir os argumentos para justificar a prisão” (MARTINS, 1998: 98). Desta forma, as prisões eram feitas de forma arbitrária, com produção de provas ou de maneira extralegal por agentes da polícia civil:

Note-se que ao processar vadios, as autoridades desejavam fazê-lo retomar ou iniciar uma vida de trabalho, após terem passado uma temporada em colônias distantes. O maior rigor com o qual se investiu contra a vadiagem revela dois lados da mesma moeda, pois para processar alguém, a polícia deveria ter nas mãos as provas, ou, então, deveria forjá-las. Como isso poderia ser trabalhoso ou contraproducente, as prisões administrativas efetuadas como simples forma de pressão se fizeram a granel (SOUZA, 1994:24).

Fica bem demarcada também a dimensão da pobreza na qualificação do crime de *vadiagem*. Há casos em que estes mesmo indicativos de prisões de homens pobres não levaram à prisão homens mais abastados, como na autuação de Antônio Dias de Camargo, que fora detido por *vadiagem* e *bebedeira*:

Quando chegou no Gabinete de Identificações e os policiais perceberam que Antônio era de “conceituadíssima família de São Paulo”, decidiram não fotografá-lo, nem ouvir as testemunhas de seu

comportamento transgressor. A família do detento foi chamada e o Delegado pediu a internação no Hospital do Juquery, para o tratamento do alcoolismo (MARTINS, 1998: 105).

Desta forma, as prisões por *vadiagem* podem ser analisadas levando em consideração algumas questões: se a pessoa era pobre ou mais abastada; se a pessoa tinha características físicas suspeitas; se havia alguma relação da pessoa com doenças. Isto demonstra como, além do controle social e da teoria da suspeição<sup>133</sup>, havia uma construção de saberes a aparatos jurídicos e policiais que embasavam estas prisões. No caso de São Paulo, depois de práticas de desterro, fora criada em 1933, a Delegacia Especializada de Repressão à Vadiagem:

Percebendo que remeter a pobreza desocupada para o interior ou para outros estados não estava apresentando resultados satisfatórios, outras medidas foram adotadas. Em dezembro de 1933, pelo Decreto 6245, o governo de São Paulo criou a Delegacia Especializada de Repressão à Vadiagem, que veio a marcar a preocupação maior do governo paulista com a repressão à ociosidade. Esta Delegacia começou a funcionar em janeiro de 1934, com seus integrantes exercendo uma intensa fiscalização das ruas e lugares mais frequentados pelos homens e mulheres desocupados, detendo e instaurando inquérito contra todos os qualificados como vadios e mendigos por opção (MARTINS, 1996:243-244).

Também havia a Guarda Noturna da Capital e a Delegacia de Vigilância e Capturas:

Ainda dentro da preocupação com o controle da população pobre e suspeita que circulava pela cidade de São Paulo, em 1934 foi criada a Guarda Noturna da Capital. A Guarda passou a vigiar as ruas e os lugares frequentados pelas pessoas suspeitas, prendendo e encaminhando os considerados vadios à Delegacia de Repressão à Vadiagem, e os tidos por mendigos à Delegacia de Vigilância e Capturas.

A Delegacia de Vigilância e Capturas, criada em 1924, tinha a função de vigiar todas as pessoas que ameaçassem a ordem pública. Entre elas estavam os pedintes. No ano de 1934, com a cooperação da Guarda Noturna, a polícia recolheu das ruas de São Paulo 2446 pessoas acusadas pela prática da mendicância. Esses foram encaminhados à Assistência Vicentina, que após analisar caso por caso, classificou os pedintes da seguinte forma: 1814 homens, 632 mulheres. 1327 solteiros, 627 casados e 492 vários; 1505 brasileiros e 941 estrangeiros; 1253 menores de 40 anos e 1193 maiores do que esta idade; 1784 brancos e 662 de cor; 1827 não necessitados e 619

---

<sup>133</sup> Pobres como suspeitos de serem criminosos, *a priori*, sem provas materiais disto (Martins, 1996; Zaluar, 2000).

necessitados. Houve ainda a apreensão de 1260 menores que estavam nas ruas também a pedir esmolas.

Do total de mendigos adultos recolhidos das ruas, 1763 foram encaminhados para outras cidades ou outros Estados onde tinham parentes, 207 foram levados ao Abrigo da Vila Mascote, 407 foram postos em liberdade e os restante foi hospitalizado, tendo em vista as condições de saúde em que se encontravam detidos (MARTINS, 1996:246-247).

Desta forma, a Delegacia de Vigilância e Capturas servia como uma instituição de repressão e, ao mesmo tempo, de triagem. O que hoje se realiza nos CRAS (Centro de Referência em Assistência Social) era realizado por estas instituições ligadas à Segurança Pública. Outro encaminhamento possível era a Vila Mascote:

Até o funcionamento da Vila Mascote os mendigos apreendidos pela polícia eram recolhidos à Cadeia do Paraíso, onde permaneciam por um tempo até ser verificada a real necessidade da mendicância. Como a maioria era tida por falso mendigo, o castigo imposto implicava na abertura de inquérito e não raramente, em processo pelo exercício da mendicância ou da vadiagem. Com o funcionamento da Vila Mascote, a polícia pode aliviar suas cadeias, pois os homens apreendidos por mendicância passaram a ser levados ao socorro vicentino.

Mal essas pessoas chegavam à Vila, tal e qual na Polícia, passavam por uma triagem para certificar a impossibilidade de trabalhar e a necessidade ou não da mendicância. Os considerados aptos ao trabalho, portanto “falsos” mendigos, não escapavam à punição policial (MARTINS, 1996:250-151).

Como já apontado no Capítulo anterior, o trabalho – assim como a Saúde e a Segurança Pública – é categoria essencial para pensar a gestão dos pobres:

Toda uma ética do trabalho fundamentou as tentativas de inserção dos trabalhadores nas fábricas, de sua introdução em instituições de correção, ou de gestão de seu cotidiano nas ruas, bairros e habitações. As instituições de reclusão criadas ou reformadas na Primeira República tinham como um de seus pilares importantes o trabalho, como forma de pedagogia para uma vida futura, como ressarcimento dos danos cometidos ou instrumento de disciplina [...] (SOUZA, 1994:21).

Além da questão pedagógica do trabalho – no caso da Vila Mascote, Bussocaba e outras instituições assistenciais – há a preocupação com o controle, a cultura policiaesca de gestão de problemas sociais, sem contudo gerar prisões legalizadas e, portanto, possibilidade de pedidos de liberdade. Neste sentido, o entendimento de

*mendicância e vadiagem* como contravenções e não como crime, era pior aos classificados como tal:

Vila Mascotes e Bussocaba passaram a funcionar como uma prisão para os homens detidos pela polícia como vadios. Nesses locais, além de serem constantemente vigiados pelo destacamento que lá servia, ainda permaneciam trancafiados pelo tempo julgado conveniente pelas autoridades que dirigiam os abrigos. O recolhimento desses homens permitia à cidade ficar livre de sua presença incômoda. Já para o abrigados a situação tornava-se mais complicada, pois não tinham como reivindicar qualquer direito à liberdade, uma vez que formalmente o abrigo não constituía uma prisão (MARTINS, 1996:250-151).

A preocupação do Delegado encontrava fundamento no número de processos que estavam fundamentado no número crescente de processos que estavam tendo a sentença condenatória anulada, diante da interposição de recurso pelo cumprimento da pena em local inadequado. Uma saída adotada pela polícia pode ser percebida na análise dos dados policiais, principalmente a partir de 1936 – quando a detenção por vadiagem havia aumentado significativamente.

Desde essa data, houve um número expressivo de detentos que passaram a ficar nas prisões sem nota de culpa nem processo firmado, pelo tempo desejado pela autoridade policial, num total desrespeito às garantias mínimas dos direitos estabelecidos.

Outro recurso que passou a ser empregado pela polícia para a detenção, sem a instauração do inquérito policial e do processo judicial, consistiu em depositar esses indivíduos nas colônias mentidas pela Associação Vicentina: Vila Mascote e Chácara Bussocaba, sem que isso configurasse prisão (MARTINS, 1996:253).

A vadiagem era vista com preocupação porque estava associada à criminalidade, “uma vez que era entendida como um estágio inicial na escala da carreira criminoso” (MARTINS, 1996:256) e, também, como um vício moral, que deveria ser combatido afim de impedir a “acomodação habitual do homem à miséria” (MARTINS, 1996:267):

[...] O homem podia ser pobre e honrado, desde que vivesse essa condição como algo passageiro, que não se conformasse com a situação, mas antes tivesse um forma intento em melhorar sua vida a partir de seu próprio esforço, se a dependência da igreja, do governo, ou da caridade de terceiros. Assumir-se enquanto pobre equivalia a conformar-se com sua situação e não empreender qualquer esforço para mudar seu destino, a não ser busca de meios ilícitos (MARTINS, 1996:267-268).

O vínculo entre a pobreza e a criminalidade não era dado apenas pelo senso comum e pelo poder discricionário dos agentes que vigiavam a ordem pública, ele também foi dado por construções científicas dos laboratórios de antropologia criminal



da Penitenciária de São Paulo, em consonância, como também aponta Ferla 2009, com as teorias da periculosidade<sup>134</sup>. Pensadas por autores como Lombroso, aqui no Brasil essas ideias foram defendidas, por exemplo, por pensadores como Nina Rodrigues. Médico baiano, ele é autor do livro *As Raças Humanas e a Responsabilidade Penal no Brasil*, onde vai debater, por exemplo, a população brasileira a partir da psicologia criminal e recortes *raciais*, como indígenas, negros e mestiços (RODRIGUES, [1894] 2011). Tais ideias embasam a criação de instituições como o Instituto de Biotipologia:

Na inauguração dos Instituto de Biotipologia, o Secretário da Justiça de São Paulo, José Moura Resende, expôs as razões para o funcionamento da entidade, salientando que as condições de vida moderna, em suas manifestações imprevisíveis e inóspitas, exigiam a mais experimentada plasticidade dos governantes e impunham ajustes biotipológicos e sociais. De acordo com suas palavras, era urgente pensar “biotipologicamente no desejo brasileiro de melhorar a raça”. Para isso, cabia ao Instituto atentar para os indivíduos “atropelados ao longo da vida, ou tangidos pelo atavismo, pelas taras hereditárias e com uma definitiva tendência para o crime”, que exigiam, “como já aconselhava Morel, uma observação atenta e um tratamento especial de reparação, num combate acirrado aos seus estigmas de degenerescência” (MARTINS 1996:273-274).

Sendo assim, a relação entre crime e conhecimentos biomédicos era estreita:

Embasados nas teorias da Escola Penal Positiva – que entendia a delinquência como consequência de problemas constitucionais – os teóricos do Serviço de Biotipologia insistiam eu o homem criminoso era “muitas vezes, senão totalmente, um problema clínico, capas de soluções médicas”. Assim, defendiam uma triagem inicial para um posterior estudo biotipológico das pessoas detidas pelas mais diferentes infrações, de modo a “melhor separar o (criminoso) inato do adquirido, este nem mais passível de reeducação” (MARTINS 1996:274-275).

Podemos observar como a prisão era medida certa para as pessoas mais pobres, como já apontado por Fausto (1984). Também que a conduta desviante de corpos era causa suficiente para outras formas de normatização dos corpos, que eram considerados insalubres: os hospícios. Ainda, que a presença do discurso médico, motivava a classificação da delinquência. Sendo assim, temos claramente uma convergência entre Criminologia, saberes médico e gestão da pobreza, via Segurança Pública.

---

<sup>134</sup> “A teoria da periculosidade social fundamentava-se nas análises de Morel e Lombroso que defendiam, a partir de experimentos biológicos, a degeneração e os potenciais criminosos de determinados indivíduos (MARTINS, 1996:269).

Estas tomadas de decisão, em sua maioria, relacionavam-se ao conjunto de saberes que ficou conhecido como *Eugenia*, com repercussão nos discursos médicos e sanitaristas da época – visão *Higienista*<sup>135</sup> – e também com impacto nas ideias de normal e patológico, limpeza e sujeira, puro e impuro e por extensão e associação, de rico e pobre, trabalhador e vagabundo.

---

<sup>135</sup> O Higienismo, como doutrina a ser incorporada pela Medicina, nasce no século XIX. Obra de impacto para esta incorporação é o livro de Johann Peter Frank, *A miséria do povo – mãe das enfermidades*, que relaciona a questão da pobreza com a doença e ganha grande aceitação entre os médicos. Dialogava com o Higienismo a teoria dos miasmas. Segundo essa teoria, “o meio físico e social, a natureza e a concentração de homens eram produtores de miasmas. Pântanos deveriam ser aterrados, o lixo e as edificações insalubres expulsas e a sujeira eliminada” (COSTA, 2002: 64). Esta crença acabou por gerar distintas intervenções na cidade, haja vista que embora o saber médico não elabore uma teoria sobre a vida urbana, fornece elementos para que se possa pensar o modo de organização das cidades. Este controle social, pautado pelas novas concepções, que incluem o corpo social, se fez presente através das práticas na assistência social e na repressão policial. Embora o enfoque da Saúde fosse particularmente o corpo social, a concepção de desvio social e degeneração (MISKOLCI, 2002/2003) como patológicos, com base no discurso eugênico, deu base à culpabilização individual das condutas desviantes. Para relação entre Sanitarismo e Eugenia no Brasil, ver Mota (2003). Para discussão sobre *tabu do corpo*, ver Rodrigues (2012). E para discussão da ideia de *raça pura*, ver Diwan (2014).

## CAPÍTULO 6 – BIOPOLÍTICA, TANATOPOLÍTICA E VIDA NUA

Este capítulo versa sobre a análise da rede<sup>136</sup> de acolhimento intersetorial da população em situação de rua, que tem intrínseca relação com a *biopolítica*. No funcionamento deste dispositivo, a *biopolítica* se concretiza no cotidiano de minha pesquisa, quando, por exemplo: define quem pode ser atendido; estabelece rotinas disciplinares e quais são as punições cabíveis quando há desobediência; desenha qual a relação de fluxo de atendimento e intersetorialidade entre a Casa Transitória (Assistência Social) e o Serviço de Atendimento aos Usuários de Álcool e Drogas – SAUAD – (Saúde); demonstra como problemas administrativos geram escassez de mantimentos e, desta forma, criam diversos conflitos cotidianos. Ainda, se faz presente quando captura de várias maneiras, numa história de vida, pessoas como *Valdomiro*. Assim, parte da trajetória de *Valdomiro* é apresentada aqui, por considerar *Valdomiro* um exemplo das diversas instâncias de captura do dispositivo de gestão da população em situação de rua, que o transformou em morador de rua<sup>137</sup>, acolhido na Casa Transitória, e com saberes, intervenções e demandas que se enquadram dentro do controle da *biopolítica*. Desta forma, o percurso deste capítulo se constitui em citações de excertos de meu Diário de Campo, que ajudam a exemplificar os temas aqui tratados. Depois, são debatidos os conceitos de *biopolítica* e *tanatopolítica*, respectivamente. E, então, como estes conceitos ajudam a entender a rede de acolhimento intersetorial para população em situação de rua em Jaboticabal.

*[...] percebi que há algumas regras de comportamento que não podem ser infringidas. Quando os moradores de rua (no masculino, sem*

---

<sup>136</sup> O termo “rede” é utilizado para descrever o emaranhado de atendimentos, encaminhamentos e resoluções que são operacionalizados no acolhimento. Em relação à saúde, especificamente, fala-se em redes de atenção à saúde (RAS), que “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010). Sobre as redes de cuidado e acolhimento intersetorial, sob a perspectiva da Antropologia, ver MARTINEZ (2016).

<sup>137</sup> Perceber o dispositivo da *biopolítica* em ação, além de explicitar exercícios da micropolítica cotidiana, também é entender a gestão (ou Estado em ação) e as relações que produzem subjetivações, ao enquadrarem indivíduos ou cidadãos como “usuários” do sistema, que é composto de saberes, poderes e estratégias. Sendo assim, de acordo com Agamben: “(...) Foucault assim demonstrou como, numa sociedade disciplinar, os dispositivos visam, através de uma série de práticas e de discursos, de saberes e de exercícios, à criação de corpos dóceis, mas livres, que assumem sua identidade e sua “liberdade” de sujeitos no próprio processo de seu assujeitamento. Isto é, o dispositivo é, antes de tudo, máquina que produz subjetivações e somente enquanto tal é também uma máquina de governo” (AGAMBEN, 2010:46).

fazer qualquer redução ao gênero masculino, cujo atendimento é exclusivo) optam por serem residentes na Casa [Transitória], precisam ficar dentro da Casa [Transitória] a maior parte do tempo. E, se quiserem sair, precisam pedir autorização. As saídas não-autorizadas são passíveis de punição, como não ser permitida mais a internação na Casa [Transitória]. Pela segunda-feira de manhã é rotina a troca de informações sobre qual o saldo do final de semana: ficaram quantos, saíram quantos, quantos batem ao portão novamente pedindo abrigo.

[...]

Dessas conversas burocráticas, mesmo sem uma pergunta minha, que surgem as primeiras questões que me chamam atenção. Um dos residentes precisa de atendimento urgente de Psiquiatra. A Casa [Transitória] conseguiu marcar consulta apenas para agosto. Em conversa entre a Leticia e a Joana, minha suspeita foi confirmada: seria, no ponto de vista delas também, muito complicado conseguir que aquele residente aguardasse para ser atendido. Perguntei se elas não conseguiriam entrar em uma lista de prioridades que esperasse menos tempo e, com pesar, elas responderam que não. Então me contaram que a nova psicóloga do SAUAD era bem atenciosa no atendimento à população em situação de rua, mas que naquele momento não havia mais psiquiatra atendendo no SAUAD, o que impossibilitava esse encaixe. Sendo assim, as barreiras diárias da gestão e do atendimento à PSR já se esboçavam em meu primeiro dia de campo: a intersetorialidade, assunto pelo qual muito me interesse na pesquisa, era algo difícil de ser orquestrado no dia-a-dia. Preconceito. Ignorância sobre o assunto. Má vontade. Vários eram os entraves. E sempre a mesma desculpa: **morador de rua é assunto da Assistência Social.**

[...]

Ainda, esta segunda-feira é especial para se pensar o estoque de comida: aos finais de semana quem toma conta da cozinha são os próprios residentes. Desta forma, esta era uma segunda-feira volta de feriado prolongado e, desta forma, o assunto sobre a cozinha no final de semana era a quantidade de óleo gasta pelos residentes: 2 ½ L. Muita coisa. Muita coisa em um momento de recessão (**Diário de campo**, 20 de julho de 2015).

Neste período noturno, ainda, eu tive acesso aos prontuários de três moradores. Mas, me detive mais no caso de Valdomiro. Nascido em 05 de dezembro de 1953, sua data de matrícula na Casa Transitória é de 17 de dezembro de 1998. Com uma saída em 30 de setembro de 2003 e um retorno em 19 de janeiro de 2004, ele permaneceu, quase que ininterruptamente, 17 anos até o momento na Casa [Transitória]. Triste. Quando me dou conta disso quase começo a chorar diante do prontuário dele (**Diário de campo**, 21 de julho de 2015).

Comento com Joana a respeito do caso do Valdomiro. Ela me conta que essas falas soltas dele: “vai morrer”; “caiu as pernas”; “caiu os braços”, etc. Estão relacionadas com um trauma de infância: o pai matou e esquartejou a mãe na frente dele quando ainda tinha cerca de 7 anos. Valdomiro é figura conhecida na cidade. Quando criança frequentou a APAE (Joana me falou que conhece uma ex-professora de lá que lembra dele criança). Foi na APAE que descobriram que ele sofria, provavelmente, algum tipo de abuso sexual. Além disso, ele

*também foi explorado em trabalho quase escravo. Em seus momentos de andanças pela cidade, morou em uma casa abandonada. Como as crianças locais sabiam do medo de Valdomiro de fantasmas, iam com frequência à casa para assustá-lo. Valdomiro saía correndo atrás das crianças – Era a brincadeira perfeita para moleques aventureiros. O caso de Valdomiro me faz pensar muito na incompetência das políticas públicas em atender bem as demandas de qualquer desviante. Este caso é composto por uma sequência de violações de direitos e precariedade no acolhimento. Hoje o Valdomiro é residente na Casa Transitória, local onde também não deveria estar. A impressão que dá é que foi esquecido por anos ali. Ele frequentou, nos últimos anos, o CAPS local, mas devido ao estresse que isto gerava, a equipe da Casa Transitória e do CAPS decidiram que seria melhor ele se afastar e frequentar apenas festas e outros momentos mais descontraídos, porque a adesão já estava baixa e, na avaliação conjunta das equipes, mais prejudicava o caso do que ajudava. Além disso, recentemente, a Casa [Transitória] mudou de endereço e ele ainda não se adaptou. Como já tem mais de 60 anos, impor mais mudanças e estresse diário a ele seria mais uma violação de seus direitos. Depois desta tomada de decisão, a Letícia comentou comigo que ele ficou bem mais calmo na Casa Transitória (Diário de campo, 22 de julho de 2015).*

*Em conversa com o João Pedro, ele me conta que Valdomiro já foi muito mal tratado. Depois do episódio do pai que matou a mãe, um primo começou a “tomar conta dele”. Mas, na verdade, o explorava. Desde muito menino ele era visto pela cidade correndo com balde de lavagem nas mãos, correndo atrás do caminhão, que seguia seu curso sem esperar pelo menino, mais ou menos ao estilo da maratona que os coletores de lixo fazem atrás do caminhão do lixo. Ainda, na antiga Casa Transitória – quando a C.T. funcionava em outro estabelecimento e tinha outra assistente social como responsável – Valdomiro teve o benefício roubado pela assistente social, que também era responsável legal por ele e sacava o benefício. Segundo João Pedro, ela chegou a roubar 58 mil reais. Em virtude disso, ele teve o benefício cortado. Eu comentei com o João Pedro: “Alguém que já teve tantos direitos violados tem mais este direito violado? Por que suspender o benefício?”. Ele concordou comigo. Depois conversei com Letícia a respeito, que me explicou que o benefício foi cortado porque ninguém mais foi receber. No INSS ainda consta que a responsável legal é a antiga assistente social. A antiga assistente social alega que já retirou o nome (somente a própria pessoa pode retirar o próprio nome). Até que isso se resolva, ele vai ficar temporariamente sem receber. Mas, como ainda tem direito, poderá sacar todo o valor quando a situação estiver regularizada (Diário de campo, 31 de julho de 2015).*

Gestão da vida em seus mais variados aspectos: comida, entrada e saída da instituição, eventuais punições, controle de rotinas diárias, engrenagens das políticas públicas, intersetorialidade que não se concretiza facilmente na prática, uma vida institucionalizada em todas as suas dimensões. Tais aspectos exemplificados acima,

com excertos de meu diário de campo, trazem à tona as características cotidianas do dispositivo de acolhimento (e de gestão) da população em situação de rua de Jaboticabal. Mesmo que pareçam descrições bem pontuais e particulares do equipamento de acolhimento que acompanhei, essas práticas, estratégias e táticas de gestão compõem um mosaico de intervenções e investimentos sobre a vida dos usuários do sistema, assim como regulações diversas, seja em seu aspecto individual e corpóreo, ou em seu aspecto coletivo, que forja – ou toma como objeto – uma população.

Sob a perspectiva das práticas cotidianas, podemos falar em *estratégias* e *táticas*. Estratégias dizem respeito ao “cálculo (ou a manipulação) das relações de forças que se torna possível a partir do momento em que um sujeito de querer e poder (uma empresa, um exército, uma cidade, uma instituição científica) pode ser isolado” (CERTEAU, 1998:99). Sendo assim, a estratégia está associada à racionalização, à modernidade científica, à política ou à prática militar. A tática, por sua vez, “opera golpe por golpe, lance por lance. “Aproveita as “ocasiões” e delas depende, sem base para estocar benefícios, aumentar a propriedade e prever saídas” (CERTEAU, 1998:100). Embora o Estado seja uma instituição racional moderna e tenha um tipo de dominação racional-legal e, portanto, opere sob a lógica da *estratégia*, ele também concretiza-se no cotidiano como *tática*, quando resolve conflitos e opera contingencialmente. Desta forma, o Estado também tem uma dimensão irracional – do imponderável da vida – que é regido “golpe por golpe”<sup>138</sup>.

Numa outra dimensão de análise, o mecanismo que forja populações – ou *dispositivo*<sup>139</sup>, nos termos foucaultianos – age duplamente: na disciplinarização dos corpos e na padronização das populações. Esta interação é complexa: se por um lado há

---

<sup>138</sup> Embora haja normativas e estratégias de gestão identificadas em documentos variados, há também uma pressão para como alocar recursos e responder às demandas não previstas. No caso da Assistência Social, para dilemas do dia-a-dia e alocação de recurso de forma para-além do racional estatal, ver BREDA (2013).

<sup>139</sup> “O termo “dispositivos” aparece em Foucault nos anos 70 e designa inicialmente os operadores materiais do poder, isto é, as técnicas, as estratégias e as formas de assujeitamento utilizadas pelo poder. A partir do momento em que a análise foucaultiana se concentra na questão do poder, o filósofo insiste sobre a importância de se ocupar não “do edifício jurídico da soberania, dos aparelhos do Estado, das ideologias que o acompanham, mas dos mecanismos de dominação: é essa escolha metodológica que engendra a utilização da noção de “dispositivos”. Eles são, por definição, de natureza heterogênea: trata-se tanto de discursos quanto de práticas, de instituições quanto de táticas moventes: é assim que Foucault chega a falar, segundo o caso, de “dispositivos de poder”, de “dispositivos de saber”, de “dispositivos disciplinares”, de “dispositivos de sexualidade” etc.” (REVEL, 2005:39). Para uma maior discussão sobre dispositivo, ver AGAMBEN (2009), que retoma o pensamento foucaultiano e avança em outras direções mais contemporâneas.

possibilidade de resistência desses sujeitos, como demonstramos no caso da *Luciene*<sup>140</sup>, há também um elaborado processo de sujeição, que incide diretamente na construção de subjetivação e criação de sujeitos de direito ou usuários de políticas públicas específicas<sup>141</sup>.

A política pública, que torna homogêneo o que é plural, tenciona cotidianamente essas identificações<sup>142</sup>. Opera sob a lógica da gestão e impõem toda uma sorte de regras e rotinas cotidianas no ambiente de acolhimento, que, por sua vez, dispõe da totalidade da vida cotidiana dos usuários atendidos. Desta forma, o “Estado em ação”<sup>143</sup> apresenta nuances específicas, que criam conflitos no atendimento e demonstram, na prática cotidiana, a *biopolítica* instrumentalizada.

Desta forma, este capítulo retoma o conceito de *biopolítica* em Foucault, especialmente no que diz respeito à relação com a área da saúde, notadamente, no texto *Nascimento da Medicina Social*, cuja argumentação central está na ideia da construção da medicina como campo de atuação eminentemente social. Assim também, como percorre a argumentação de outros textos, onde aparecem a discussão sobre *biopolítica*<sup>144</sup>. Sendo assim, discorre sobre como o *biopoder* passa a investir sobre a vida, embora consiga produzir também a morte. Tal possibilidade se dá através do *racismo* e da lógica da guerra, que coloca a equação de que “é necessário que o outro morra, para eu sobreviver” ou, ainda, “é necessário que alguns morram, para o bem da

---

<sup>140</sup> No processo de interação do Estado com uma população há produção de subjetividades, mas também é nesta relação que subjetividades são construídas ativamente por estes sujeitos das políticas públicas, que são manipuladas em seu favor dentro dos quadros esquemáticos da Assistência Social. Este é o caso da trajetória de Luciene, que de travesti passa à população em situação de rua (PSR) e, desta forma, acessa os equipamentos públicos destinados à PSR. Para mais detalhes, ver o desenvolvimento de nosso argumento em MARTINEZ et al (2014).

<sup>141</sup> Este é o caso de *Valdomiro*, apresentado aqui. Trajetória comum entre os usuários de saúde mental, como no caso de *Cíntia* (MALFITANO et al., 2011).

<sup>142</sup> Para Stuart Hall, falar em *identidade* pode ser engessador da realidade, porque houve um processo de *descentramento do sujeito*, devido às contribuições da teoria marxista, da psicanálise (Freud e Lacan), da Linguística (Saussure), de uma genealogia do sujeito moderno e poder disciplinar (Foucault) e do movimento feminista – tanto teórico como praticamente – que contribuíram para desconstrução de uma sujeito iluminista, centrado e racional. Desta forma, ele prefere *identificação*, pois “em vez de falar da identidade como uma coisa acabada, deveríamos falar de *identificação*, e vê-la como um processo em andamento” (HALL, 2005:39). Esta parece ser uma abordagem mais adequada à fase atual da modernidade, bem como à população em situação de rua, que já ocupa desde o início um *não-lugar* identitário, mas que manipula sua identificação na interação com os outros, como no caso das histórias para pedir esmolas (“manguieio”) e tem sua identificação manipulada pelas políticas públicas.

<sup>143</sup> Expressão que designa como o Estado age por meio das políticas públicas (JOBERT; MÜLLER, 1987).

<sup>144</sup> “O conceito de biopolítica surgiu, pela primeira vez, no pensamento de Foucault, numa palestra proferida no Rio de Janeiro, intitulada *O Nascimento da Medicina Social*. Contudo, foi só com a publicação de *A Vontade de Saber* (1976) e, depois, com os cursos ministrados no Collège de France, intitulados *Em Defesa da Sociedade* (1975-1976), *Segurança, Território e População* (1977-1978) e *Nascimento da Biopolítica* (1978-1979), que Foucault dá a importância e a amplitude que esse conceito merece” (DANNER, 2010).

sociedade”. Esta estrutura de pensamento é essencial para entender não apenas a disciplina dos corpos, mas também os mecanismos de regulação da população, bem como para adentrar à ideia de *tanatopolítica* de Agamben.

## Biopolítica e Medicina Social

Pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico reflete-se no político; o fato de viver não é mais este sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no acaso da morte e de sua fatalidade: cai, em parte, no campo do controle do saber e de intervenção do poder. Este não estará mais somente a voltas com sujeitos de direito sobre os quais o último acesso é a morte, porém com seres vivos, e o império que poderá exercer sobre eles deverá situar-se no nível da própria vida; é o fato do poder carregar-se da vida, mais do que da ameaça da morte, que lhe dá acesso ao corpo [...] o que se poderia chamar de “limiar de modernidade biológica” de uma sociedade se situa no momento em que a espécie entra como algo em jogo em suas próprias estratégias políticas. 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 (FOUCAULT, 2012:155-156).

Entre os fins do século XVIII e começo do século XIX, Foucault detecta que há um deslocamento do poder. Ligado anteriormente de forma estreita com o poder de morte e de soberania, o poder passa a relacionar-se com a vida. Portanto, para ele, a questão já não é a de uma importância jurídica da soberania, mas de uma questão biológica da população. O velho direito de *causar* a morte ou *deixar* viver é substituído pelo poder de *causar* a vida ou *devolver* à morte (FOUCAULT, 2012). A vida, então, passa a compor a política, não apenas por meio de poderes disciplinares que incidem sobre os corpos, mas também no conjunto de viventes que constituem uma população.

Tal dispositivo de investimento sobre a vida se estrutura, como todo dispositivo, diante de conhecimento teórico, de ações práticas, da relação do Estado com a sociedade, da formação de novos domínios de saber, do surgimento de novas profissões e demais mudanças escalonares:

[...] São esses processos de natalidade, de mortalidade, de longevidade que, justamente na segunda metade do século XVII, juntamente com uma porção de problemas econômicos e políticos (os quais não retomo agora), constituíram, acho eu, os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle da biopolítica. É nesse momento, em todo



caso, que se lança mão da medição estatística desses fenômenos com as primeiras demografias [...]” (FOUCAULT, 2005:290).

No caso específico da *biopolítica*, há surgimento de uma preocupação com a área da medicina social. Diferentemente do que o debate normalmente aponta<sup>145</sup>, para Foucault (1979), a medicina moderna é uma medicina social que tem por *background* uma certa tecnologia de corpo social e, então, “que a medicina é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente” (FOUCAULT, 1979:79). Desta forma, não haveria a passagem de uma medicina privada para uma medicina coletiva, como aparece no debate da Saúde Coletiva, e sim, justamente o contrário:

[...] o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo social enquanto força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política (FOUCAULT, 1979:80).

Desta forma, com a questão da *biopolítica* em mente, Foucault (1979) analisa as estratégias da medicina. Discute em seu texto como a medicina social – ou seja, aquela medicina voltada para o cuidado (e a normatização) do corpo social – se constituiu. Para isso, ele analisa 3 casos, a saber: *medicina de Estado* (Alemanha), *medicina urbana* (França) e *medicina da força de trabalho* (Inglaterra). Esses, inclusive, são países que tem, até hoje, sua estrutura de saúde pública (e/ou coletiva) analisadas como exemplos históricos e casos bem-sucedidos contemporaneamente<sup>146</sup>.

---

<sup>145</sup> Conforme o debate na Saúde Coletiva, as intervenções médicas iniciaram de modo individual e, depois, com o advento de uma vertente da Saúde Pública mais humanizada e o debate sobre “pensamento social em Saúde”, bem como o movimento de Reforma Sanitária, haveria uma atenção maior à saúde comunitária e a criação da área da Saúde Coletiva. Este percurso foi analisado de forma mais extensa no capítulo 4 (Saúde Coletiva e gestão dos pobres) desta tese.

<sup>146</sup> Em uma discussão mais popular, ou seja, difundida na cultura corrente sobre o assunto, no documentário *Sicko: SOS Saúde* (2007), Michael Moore compara a saúde e seguridade social dos EUA, Inglaterra, Canadá, França e Cuba. Ou seja, os países analisados por Foucault neste texto ainda são referências em estudos comparativos e/ou comparações em documentários.

O caso alemão – “medicina de Estado”

Diferentemente do que se pode ter a impressão, a formação tardia da estrutura administrativa do Estado da Alemanha corroborou para um Estado mais racional em sua administração, haja vista que a própria formação do Estado coincidiu com o auge de racionalidade na administração pública. Desta forma, o Estado alemão investiu na administração pública, no sentido mais moderno da Europa àquela época. No que concerne à Saúde Pública, sua estrutura inicial foi pensada como uma *polícia médica*, envolvendo um sistema complexo de observação da morbidade, por meio de coleta de dados e normatização da prática e do saber médicos:

Com a organização de um saber médico estatal, a normatização da profissão médica, a subordinação dos médicos a uma administração central e, finalmente, a integração de vários médicos em uma organização médica estatal, tem-se uma série de fenômenos inteiramente novos que caracterizam o que pode ser chamada de medicina de Estado” (FOUCAULT, 1979:84).

Foucault ainda destaca que esta medicina de Estado pode ser assim considerada porque, além de envolver a administração pública voltada à medicina, ela também lida com a ideia de corpo social, que mais do que força de trabalho, forma a *força do Estado*, numa concepção organicista da sociedade alemã da época:

[...] Não é o corpo que trabalha, o corpo do proletário que é assumido por essa administração estatal da saúde, mas o próprio corpo dos indivíduos enquanto constituem globalmente o Estado: é a força, não do trabalho, mas estatal, a força do Estado em seus conflitos, econômicos, certamente, mas igualmente políticos, com seus vizinhos. É essa força estatal que a medicina deve aperfeiçoar e desenvolver [...] (FOUCAULT, 1979:84).

Sendo assim, o enfoque de cuidado, no caso alemão, relaciona-se com a formação do Estado nacional – que é tardia – e sua relação com os países vizinhos: era necessário ter um corpo social saudável, formado pelos corpos individuais, que pudessem fazer frente aos inimigos ou adversários vizinhos, em situações de guerra, ou conflitos políticos e econômicos.

Além do caso da Alemanha, Foucault (1979) irá analisar a medicina social ligada à urbanização (França) e a medicina social ligada à manutenção da força de trabalho (Inglaterra). No segundo caso, em fins do século XVIII, havia no ambiente francês o que poderia se chamar de *pânicos da vida urbana*, que eram explicados pela

insegurança gerada devido à acumulação de pessoas no mesmo local, que poderiam gerar doenças ou demais oportunidades que colocassem a vida em risco.

*O caso francês – “medicina urbana”*

Neste período, apesar deste medo que pairava no ar, há a unificação do poder urbano, que fora algo mais disperso outrora. Foucault (1979) irá destacar duas principais razões para este processo de centralização de poder, uma de cunho econômico e outra de razões políticas. No primeiro caso, era necessário para melhor funcionamento do mercado (regional e internacional, inclusive) que não houvesse mais multiplicidade jurídica, especialmente em contexto de indústrias nascentes. Variadas regras, com diversos responsáveis, impunham toda sorte de limitações às negociações mercantis.

No segundo caso, o aparecimento das populações operárias, ligadas à nascente indústria, aumentava as tensões políticas urbanas e, portanto, paulatinamente a população campesina deixa de ser considerada perigosa, para a população urbana ocupar o centro das preocupações com insurgências. Desta forma, surge daí “a necessidade de esquadrihar esta população urbana” (FOUCAULT, 1979:86). O medo da cidade não estava apenas ligado ao conjunto populoso de pessoas, que era potencialmente perigoso, mas também às questões sanitárias: epidemias urbanas, cemitérios cada vez mais numerosos, esgotos... Tais acontecimentos (e preocupações) geraram dois modelos de organização médica na história ocidental: o modelo suscitado pela lepra e o pela peste.

O primeiro é “um mecanismo de exílio, da purificação do espaço urbano. Medicalizar alguém era mandá-lo para fora e, por conseguinte, purificar os outros” (FOUCAULT, 1979:88). O segundo, “não é mais a exclusão, mas o internamento; não mais o agrupamento no exterior da cidade, mas, ao contrário, a análise minuciosa da cidade, a análise individualizante, o registro permanente; não mais um modelo religioso, mas militar” (FOUCAULT, 1979:89).

Desta forma, esses dois modelos de organização médico-sanitário ligam-se diretamente às práticas disciplinares (religiosa e militar): se um preza pela purificação e, portanto, pela necessidade de separação do indivíduo contaminante dos demais; o outro se reserva o direito de, ao contrário, trazer para mais perto e observar detalhadamente, registrar de modo permanente e, desta forma, intervir do modo mais adequado possível.

Tais modelos são essenciais para modelos de medicina urbana e higiene pública posteriores:

A medicina urbana com seus métodos de vigilância, de hospitalização, etc., não é mais do que um aperfeiçoamento, na segunda metade do século XVIII, do esquema político-médico da quarentena que tinha sido realizado no final da Idade Média, nos séculos XVI e XVII. A higiene pública é uma variação sofisticada do tema da quarentena e é daí que provém a grande medicina urbana que aparece na segunda metade do século XVIII e se desenvolve sobretudo na França” (FOUCAULT, 1979:89).

Os objetivos desta medicina urbana francesa eram: a análise das regiões de amontoamento, de confusão e de perigo no espaço urbano; o controle da circulação de indivíduos e de elementos, essencialmente água e ar; a organização de *distribuições e sequências* (FOUCAULT, 1979:90-91). Esta análise das regiões de amontoamento diz respeito à preocupação com doenças endêmicas e epidêmicas do urbano e gerou, em relação aos cemitérios, a remoção para as regiões mais afastadas da cidade.

Diferentemente do que se pode pensar, tal deslocamento dos cemitérios não se relaciona diretamente com a concepção religiosa, mas sim com uma preocupação sanitária, cuja explicação científica foi dada pela figura do químico: “É o químico que pede a transferência do cemitério. É o químico, enquanto estuda relações entre o organismo vivo e o ar que respira, que é encarregado desta primeira polícia médica urbana sancionada pelo exílio dos cemitérios” (FOUCAULT, 1979:90). Sendo assim, embora haja uma produção de sentido religioso para o afastamento dos cemitérios, tal construção da cidade está relacionada diretamente com as concepções científicas e de medicina social à época.

O controle de circulação, fenômeno apontado e debatido mais a fundo por Foucault em *Segurança, Território e População* (2008), dirige-se não apenas à circulação de pessoas – quem pode e quem não pode ocupar determinados espaços – mas também à circulação de mercadorias e das coisas. Além, também, da circulação de água e do ar, que estão no centro das explicações coetâneas de desenvolvimento de doenças, relacionadas aos *miasmas*, por exemplo. Ou doenças transmitidas pela água, como o cólera.

Por fim, há ainda a organização de *distribuições e sequências*, que dizem respeito à organização da cidade, que vai pensar sanitariamente os melhores posicionamentos, por exemplo, de fontes de água e passagem de rede de esgotos, de

modo que elas não se contaminassem. Há a criação de um plano hidrográfico da cidade de Paris. Sendo que, nas vésperas da Revolução Francesa, a cidade já estava toda esquadrihada por uma *polícia médica urbana*, com objetivo de garantir a saúde da população.

Diante desta necessidade de organizar a cidade com vistas à saúde da população, há a criação de uma legislação autoritária também sobre a apropriação do subsolo – embora os terrenos tivessem propriedade privada, o subsolo pertencia ao Estado e ao rei:

A burguesia que, para sua segurança política, pretendia o controle da cidade, não podia contradizer a legislação sobre a propriedade privada que ela reivindicava, procurava estabelecer, e só conseguirá impor no momento da Revolução Francesa. Daí, portanto, o caráter sagrado da propriedade privada e a inércia de todas as políticas médicas urbanas com relação à propriedade privada (FOUCAULT, 1979:92).

Sendo assim, o controle das práticas culturais que infringissem as precauções sanitárias exigidas para boa saúde da população atingiam apenas os espaços públicos e ignorou, por muito tempo, as rotinas privadas e domésticas. Muito mais em virtude do respeito à propriedade privada, de interesse da burguesia, do que devia às estratégias estritamente sanitárias.

Desta forma, em comparação com a medicina alemã (*Staatsmedizin*):

Vê-se, assim, como se está bastante longe da medicina de Estado, tal como é definida na Alemanha [...] O problema da propriedade privada, princípio sagrado, impede que esta medicina seja dotada de um poder forte. Mas, se ela perde em poder para a *Staatsmedizin* alemã, ganha certamente em fineza de observações feitas e das práticas estabelecidas. Grande parte da medicina científica do século XIX tem origem na experiência desta medicina urbana que se desenvolve no final do século XVIII (FOUCAULT, 1979:93).

Resumidamente, então, há uma medicalização da cidade no século XVIII: uma medicina urbana e coletiva, que esteve com o olhar atento ao indivíduo, mas, sobretudo às coisas (ar, água, decomposições), ou seja, “uma medicina das condições de vida e do meio de existência” (FOUCAULT, 1979:92). Tal medicina não deu um salto partindo da análise do organismo para a análise do meio ambiente. Ela progressivamente avançou em sua análise: desde os efeitos do meio sobre o organismo, para depois a análise do próprio organismo. Algo parecido com as discussões sobre meio ambiente e

social dos dias de hoje. Aliás, com um rigor que foi importante para o surgimento da “medicina científica”.

*O caso inglês – “medicina da força de trabalho”*

Os pobres passam a ser objeto de medicalização na terceira fase de constituição da medicina social: primeiro o Estado, segundo a cidade e, em terceiro, a força de trabalho. Esta preocupação tardia com os pobres se explica porque eles faziam parte da engrenagem urbana:

[...] é o pobre que funcionava no interior da cidade como uma condição da existência urbana. Os pobres da cidade eram pessoas que realizavam incumbências, levavam cartas, se encarregavam de despejar o lixo, apanhar móveis velhos, trapos, panos velhos e retirá-los da cidade, redistribuí-los, vendê-los, etc. Eles faziam parte da instrumentalização da vida urbana [...] Na medida em que faziam parte da paisagem urbana, como os esgotos e a canalização, os pobres não podiam ser vistos como perigo. No nível em que se colocavam, eles eram bastante úteis (FOUCAULT, 1989: 94).

Todavia, com a reestruturação da cidade e a criação da rede de esgotos, dos Correios, da coleta de lixo sistematizada, o pobre vai deixando paulatinamente de ser simplesmente parte da paisagem urbana e progressivamente vai ganhando lugar nas preocupações geradas ligadas às insurgências. E, desta forma, de paisagem e engrenagem urbanas, os pobres passam a compor uma *classe perigosa*<sup>147</sup>. E, como tal, precisa ser vigiada mais de perto.

Desta forma, a sociedade inglesa estruturou uma interação com as classes populares que variava entre *assistência-proteção* e *assistência-controle*, com auge na conhecida e debatida *Lei dos Pobres*:

A partir do momento em que o pobre se beneficia do sistema de assistência, deve, por isso mesmo, se submeter a vários controles médicos (...) Um cordão sanitário autoritário é estendido no interior das cidades entre ricos e pobres: os pobres encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grande despesa e os ricos garantindo não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários da classe pobre (FOUCAULT, 1989: 95).

---

<sup>147</sup> Em estudo sobre a relação das cidades brasileiras (mais especificamente da Corte Imperial) com epidemias, Sidney Chaloub (1996) denomina as classes pobres de *classes perigosas* e relaciona a gestão desta população com o surgimento da Higiene.

Juntamente com esta estrutura, foram se forjando os elementos para constituição do sistema público de saúde inglês:

Enquanto a *Lei dos pobres* comportava um serviço médico destinado ao pobre enquanto tal, o *health service* tem como características não só atingir igualmente toda a população, como também, ser constituído por médicos que dispensam cuidados que não são individuais, mas têm por objetivo a população geral, as medidas preventivas e serem tomadas e, como na medicina urbana francesa, as coisas, os locais, o espaço social, etc. (FOUCAULT, 1979: 96).

Todavia, diferentemente do caso alemão, que tinha como objetivo a formação do corpo social, como representativo do Estado; ou do caso francês, que investiu principalmente na situação urbana, o caso inglês investe na saúde das classes populares, que também são as classes trabalhadoras, com objetivo de tornar seus corpos produtivos: “(...) aparece, no século XIX e sobretudo na Inglaterra, uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (FOUCAULT, 1979: 97).

O caso inglês, ainda, foi o que teve futuro. Diante do sistema de Simon<sup>148</sup>, pode-se estruturar um esquema de atendimento médico que possibilitou ligar três coisas: assistência médica ao pobre; controle de saúde da força de trabalho e esquadramento geral da saúde pública. E, daí, a sua originalidade que se constituiu em “[...] uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios de pagá-las” (FOUCAULT, 1979: 97).

Desta forma, esta experiência histórica possibilitou o surgimento do sistema público de saúde inglês, o *National Health Service* (NHS), onde apareceu pela primeira vez a experiência de estruturação de atendimento em redes, com o relatório Dawson (1920)<sup>149</sup> e a influência da Primeira e Segunda Guerras Mundiais. Tais experiências

---

<sup>148</sup> Por volta de 1870, a *Lei dos Pobres* foi completada pelos fundadores da medicina social inglesa, dentre eles, John Simon. O complemento da legislação médica da *Lei dos pobres* tinha um viés autoritário: controle da população, por meio dos cuidados médicos.

<sup>149</sup> “A primeira descrição completa de uma rede regionalizada foi apresentada pelo Relatório Dawson, publicado em 1920, por solicitação do governo inglês, fruto do debate de mudanças no sistema de proteção social depois da Primeira Guerra Mundial. Sua missão era buscar, pela primeira vez, formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região” (KUSCHNIR; CHORNY, 2010:2308).

servem até hoje em dia de base para os países que possuem sistemas públicos e universais de saúde.

Todavia, resta uma pergunta: como um poder que se estrutura inicialmente diante da manutenção da vida social – seja em seu aspecto de *medicina de Estado*, de *medicina urbana* ou de *medicina da força de trabalho*, cujo principal objetivo é a manutenção do corpo social e a reprodução da força de trabalho para o capitalismo – pôde, em outra dimensão, justificar a morte? De acordo com a lógica argumentativa foucaultiana, esta inversão foi possível devido à lógica da guerra, que trouxe a máxima de “para eu viver, o outro precisa morrer”, ou ainda o *racismo* e/ou a ideia de “pureza de sangue”, que teve seu auge no Nazismo e em todo o massacre que promoveu.

### **Biopoder e biopolítica**

Segundo Foucault (2012), o poder de vida e de morte tem suas origens históricas no *Patria potestas* do Direito romano, cujo fundamento jurídico dava ao pai o direito de vida e de morte de seus filhos e de seus escravos. Isto se dava porque, diante da lógica deste poder, era o pai que concedia aos filhos e escravos a oportunidade de viver e, sendo assim, também tinha o direito de retirar esta oportunidade por ele oferecida. Daí a formulação do direito “como “de vida e de morte” é, de fato, o direito de *causar* a morte ou de *deixar* viver” (FOUCAULT, 2012:148). A relação entre *biopoder* e capitalismo, assim como entre capitalismo e medicina social, é estabelecida não apenas no nível populacional, mas também nos micropoderes e perpassa diversas instituições:

Este bio-poder, sem a menor dúvida, foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos. Mas, o capitalismo exigiu mais do que isso; foi-lhe necessário o crescimento tanto do seu reforço quanto de sua utilizabilidade e sua docilidade; foram-lhe necessários métodos de poder capazes de majorar as forças, as aptidões, a vida em geral, sem por isto torná-las mais difíceis de sujeitar; se o desenvolvimento dos grandes aparelhos de Estado, como as *instituições* de poder, garantiu a manutenção das relações de produção, os rudimentos de anátomo e de bio-política, inventados no século XVII como *técnicas* de poder presentes em todos os níveis do corpo social e utilizadas por instituições bem diversas (a família, o Exército, a escola, a polícia, a medicina individual ou a administração das coletividades), agiram no nível dos processos econômicos, do seu desenrolar, das forças que estão em ação em tais processos e os sustentam; operam, também,



como fatores de segregação e de hierarquização social, agindo sobre as forças respectivas tanto de uns como de outros, garantindo relações de dominação e efeitos de hegemonia; o ajustamento da acumulação dos homens à do capital, a articulação dos grupos humanos à expansão das forças produtivas e a repartição diferencial do lucro, foram, em parte, tornados possíveis pelo exercício do bio-poder com suas formas e procedimentos múltiplos (FOUCAUL, 2012: 153-154).

Diante deste *biopoder* pulverizado, que é possível falar em *biopolítica*:

O termo “biopolítica” designa a maneira pela qual o poder tender a ser transformar, entre fim do século XVIII e começo do século XIX, afim 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 tornam preocupações políticas [...] Enquanto a disciplina se dá como anátomo-política dos corpos e se aplica essencialmente aos indivíduos, a biopolítica apresenta uma “grande medicina social” que se aplica à população a fim de governar a vida: a vida, portanto, parte do campo do poder (REVEL, 2005:26-27).

Importante destacar que a análise destes micropoderes não é uma questão de magnitude, como talvez o nome possa induzir a pensar. Trata-se de pensar a *governamentalidade* em seus mais variados aspectos e, ainda, em suas diferente escalas. Assim, deve-se analisar um setor e, a partir daí, entender como este setor funciona e, talvez, expandir a análise para os demais setores. Desta maneira, esta questão metodológica, diz respeito a um olhar, um ponto de vista. E, assim sendo, o espectro de análise da *biopolítica* deve atingir as teias de saberes-poderes em suas mais variadas escalas, dentro de um determinado setor. Portanto daí a questão da análise dos *micropoderes* (o procedimento de governamentalidade) anunciados no Capítulo 1 desta tese.

Feita esta ressalva metodológica, a reflexão principal: como um poder que interessa-se pela vida e que além da disciplina dos corpos, age através da regulação da população, pode permitir a morte? Como que a morte relaciona-se com a vida? E, mais do que isso, como a morte também legitima o *biopoder*? Segundo o pensamento foucaultiano, a morte só é possível para garantir a vida:

(...) De que modo um poder viria a exercer suas mais altas prerrogativas e causar a morte se o seu papel mais importante é o de garantir, sustentar, reforçar, multiplicar a vida e pô-la em ordem? Para

um poder deste tipo, a pena capital é, ao mesmo tempo, o limite, o escândalo e a contradição. Daí o fato de que não se pôde mantê-la a não ser invocando, nem tanto a enormidade do crime quanto a monstruosidade do criminoso, sua incorrigibilidade e a salvaguarda da sociedade. São mortos legitimamente aqueles que constituem uma espécie de perigo biológico para os outros (FOUCAULT, 2012:150).

Portanto, somente é possível pensar a morte em relação à vida. Mas, é importante destacar que os parâmetros para pensar a vida são biológicos e populacionais. Desta forma, o entendimento de que alguns vivos que constituem a população são representantes de um “perigo biológico” para o total da população. E, como perigo eminente para a população, são objeto de intervenções mais severas e, possivelmente, letais. Este raciocínio pode ser entendido diante da lógica da guerra e do *racismo*:

[...] As guerras já não se travavam em nome do soberano a ser defendido; travam-se em nome da existência de todos; populações inteiras são levadas à destruição mútua em nome da necessidade de viver. Os massacres se tornaram vitais. Foi como gestores da vida e da sobrevivência dos corpos e da raça que tantos regimes puderam travar tantas guerras, causando a morte de tantos homens [...] A situação atômica se encontra hoje no ponto de chegada desse processo: o poder de expor uma população à morte geral é o inverso de garantir a outra sua permanência em vida. O princípio: pode matar para poder viver, que sustentava a tática de combates, tornou-se princípio de estratégia entre Estados; mas a existência em questão já não é aquela – jurídica – da soberania, é outra – biológica – de uma população [...] (FOUCAULT, 2012:149).

[...] No contínuo biológico da espécie humana, o aparecimento das raças, a distinção das raças, a hierarquia das raças, a qualificação de certas raças como boas e de outras, ao contrário, como inferiores, tudo isso vai ser uma maneira de fragmentar esse campo biológico de que o poder se incumbiu; uma maneira de defasar, no interior da população, uns grupos em relação aos outros [...] Essa é a primeira função do racismo: fragmentar, fazer censuras no interior desse contínuo biológico e que se dirige o biopoder (FOUCAULT, 2005:304-305).

[...] terá como papel permitir uma relação positiva, se vocês quiserem, do tipo: “quanto mais você matar, mais você fará morrer”, ou “quanto mais você deixar morrer, mais, por isso mesmo, você viverá”. Eu diria que essa relação (“se você quer viver, é preciso que você faça morrer, é preciso que você possa matar”) afinal não foi o racismo, nem o Estado moderno, que inventou. É a relação guerreira: “para viver, é preciso que você massacre seus inimigos”. Mas, o racismo faz justamente funcionar, faz atuar essa relação do tipo guerreiro – “se você quer viver, é preciso que o outro morra” – de uma maneira que é inteiramente nova e que, precisamente, é compatível com o exercício do biopoder [...] (FOUCAULT, 2005:305).

Desta forma, a *biopolítica* precisa ser entendida tendo como base esses três pontos: *população* (biológica); *racismo* e lógica da guerra. *População*, porque nessa investida do *biopoder*, o que está em questão é o *homem-espécie* e não mais o *homem-corpo*. Portanto, não mais apenas a disciplina dos corpos, mas também a regulação da população, com seus índices de natalidade, mortalidade, expectativa de vida, alimentação e etc., bem como a diferenciação interna entre os viventes que constituem a população.

Para tal diferenciação, é necessário o recorte do *racismo*. É ele quem vai definir quem faz parte da “boa parte da população” e quem não faz e, desta forma, quem deve morrer para o outro viver. Esta lógica, por sua vez, embora encontre no *racismo* seu encaixe perfeito também com a ideia biológica de população, não é algo recente na história da humanidade. É a lógica da guerra, onde é necessário que um morra, para que o outro viva. No caso da população, que a parte “infectada” da população desapareça, para não contaminar os demais viventes.

Daí, portanto a função reguladora da *biopolítica*, porque é ela que vai gerir a vida dos que merecem viver, através das instituições:

[...] Já não se trata de pôr a morte em ação no campo da soberania, mas de distribuir os vivos em um domínio de valor e utilidade. Um poder dessa natureza tem de qualificar, medir, avaliar, hierarquizar, mais do que se manifestar em seu fausto mortífero; não tem que traçar a linha que separa os súditos obedientes dos inimigos do soberano, opera distribuições em torno da norma. Não quero dizer que a lei se apague ou que as instituições de justiça tendam a desaparecer; mas que a lei funciona cada vez mais num contínuo de aparelhos (médicos, administrativos, etc.) cujas funções são sobretudo reguladoras [...] (FOUCAULT, 2012:157).

Tomando o capitalismo como contexto dessa estrutura, o valor e a utilidade são medidos pelo corpo dóceis que trabalham e que rendem, dentro de determinada expectativa de vida e de modo de viver. Daí os padrões de constituição física dos corpos e de comportamento aceitável das mentes. Tudo que tiver relação com a “anormalidade”<sup>150</sup> vai estar fora do espectro esperado da população e, portanto, por isso

---

<sup>150</sup> Em seu livro *Os Anormais*, Foucault demonstra, através de uma genealogia, como o conceito “anormal”, em princípio se constrói no campo jurídico e penal, passa paulatinamente para sua constituição no campo médico, elaborando uma psiquiatrização da sexualidade (e do desejo). Daí, portanto, o poder da normalização: “[...] funcionamento de um poder que não é nem o poder judiciário nem o poder médico, um poder de outro tipo, que eu chamarei, provisoriamente e por enquanto, de poder

mesmo, é classificado como perigoso. Desta forma, a *norma* é um importante mecanismo do *biopoder*:

A norma corresponde à aparição de um bio-poder, isto é, de um poder sobre a vida e das formas de formas de governamentalidade que a ele estão ligadas: o modelo jurídico da sociedade, elaborado entre os séculos XVII e XVIII, sucumbe a um modelo médico, em sentido amplo, e assiste-se ao nascimento de uma verdadeira “medicina social” que se ocupa de campos de intervenção que vão bem além do doente e da doença. O estabelecimento de um aparelho de medicalização coletiva que gere as “populações” por meio da instituição de mecanismos de administração médica, de controle da saúde, da demografia, da higiene ou da alimentação, permite aplicar à sociedade toda uma distinção permanente entre o normal e o patológico e impor um sistema de normalização dos comportamentos e das existências, dos trabalhos e dos afetos [...] (REVEL, 2005:65).

Por isso que a medicalização da sociedade se torna presente nos século XIX e que há interesse na sexualidade. É na sexualidade que é possível o entrecruzamento da disciplina dos corpos e, também, da regulação populacional<sup>151</sup>, com as discussões sobre natalidade e afetos, por ex.. Vale ressaltar também, que devido ao investimento enorme sobre a vida e sua regulação enquanto espécie, a vida vira objeto de disputa política:

[...] o que é reivindicado e serve de objetivo é a vida, entendida como as necessidades fundamentais, a essência concreta do homem, a realização de suas virtualidades, a plenitude do possível. Pouco importa que se trate ou não de utopia; temos aí um processo bem real de luta; a vida como objeto político foi de algum modo tomada ao pé da letra e voltada contra o sistema que tentava controlá-la. Foi a vida, muito mais do que o direito, que se tornou objeto das lutas políticas, ainda que estas últimas se formulem através de afirmações de direito [...] (FOUCAULT, 2012:158).

A vida, então, além de estar no centro da política, enquanto regulação da população, também é objeto de disputa política. Embora as afirmações neste campo de disputa estejam no campo do direito, é a vida que é reivindicada, como plenitude do possível. Daí surge, portanto, todo um esquema reivindicatório pelo direito à vida, que

---

de normalização. Com o exame, tem-se uma prática que diz respeito aos anormais, que faz intervir certo poder de normalização e que tende, pouco a pouco, por sua força própria, pelos efeitos de junção que ele proporciona entre o médico e o judiciário, a transformar tanto o poder judiciário, como o poder psiquiátrico, a se constituir como instância de controle do anormal [...]” (FOUCAULT, 2010:36).

<sup>151</sup> “De um pólo a outra dessa tecnologia do sexo, escalona-se toda uma série de táticas diversas que combinam, em proporções variadas, o objetivo da disciplina do corpo e o da regulação das populações” (FOUCAULT, 2012:159).

deveria ser garantida pelo Estado, via políticas públicas de saúde. Diante desta gramática, que surgem os movimentos sociais, por exemplo, que dão origem às reformas sanitárias, cujo objetivo é o atendimento integral em saúde, para toda a população.

É também no campo da vida que há a possibilidade de resistência aos *biopoderes*. A vida está no centro da política por ser objeto de investimentos e regulações, como por ser objeto de reivindicações, mas ela também se constitui como poder, como o local possível de realizar a resistência, o *locus* do contra-poder e a possibilidade de construção de uma subjetividade que faz frente aos processos de assujeitamento:

[...] trata-se de pensar a biopolítica como um conjunto de biopoderes ou, antes, na medida em que dizer que o poder investiu a vida significa igualmente que a vida é um poder, pode-se localizar na própria vida – isto é, certamente, no trabalho e na linguagem, mas também no corpo, nos afetos, nos desejos e na sexualidade – o lugar da emergência de um contra-poder, o lugar de produção de subjetividade que se daria como momento de desassujeitamento? Nesse caso, o tema da biopolítica seria fundamental para a reformulação ética da relação com o político que caracteriza as últimas análises de Foucault; mais ainda: a biopolítica representaria exatamente o momento de passagem do político ao ético [...] (REVEL, 2005:27-28).

Portanto, então, a importância da reivindicação da vida, do direito à vida e da tentativa de impor limites ao Estado. Na gramática dos direitos, o direito à vida é um direito essencial e o direito à saúde é um direito social e, portanto, de acordo com Macpherson (1991), um direito que deve ser garantido pelo Estado<sup>152</sup>. Então, mesmo diante de toda a crítica que é possível fazer em relação às regulações *biopolíticas* do Estado, que se expressam como controle, a reivindicação da vida e da presença de mais Estado – no sentido de garantia de direitos – é um posicionamento recorrente de movimentos sociais e intelectuais que pensam o social. Se é para existir Estado e *biopolítica*, que ele se expresse cotidianamente como garantia de qualidade de vida

---

<sup>152</sup> De acordo com Macpherson (1991) os direitos humanos universais podem ser classificados em: a) **contra o Estado**, ou seja, os direitos civis que garantem liberdades básicas aos indivíduos; b) de **controle do Estado**, ou seja, os direitos políticos, que preveem a participação direta ou indireta dos cidadãos na política e, por último, c) os direitos econômicos e sociais que, por sua vez, reclamam benefícios a serem **garantidos pelo Estado**.

(longevidade, alimentação, reprodução, saúde mental, etc.) da população, especialmente, dos mais vulneráveis.

Todavia, o lado repressor do Estado não pode ser esquecido. Especialmente, quando falamos de populações que estão fora do que é *normal* e aceitável entre os vivos. Falamos, então, da parcela de vivos que são *matáveis* e, portanto, se constituem como *homines sacre* contemporâneos. Assim, a *biopolítica*, que tem como objetivo o investimento sobre a vida, também pode causar deliberadamente a morte. Tal política é chamada por Agamben (2010) de *tanatopolítica*.

### **Tanatopolítica**

*Tanatopolítica*, literalmente, é a política que gere a morte. Esta seria uma possibilidade analítica oferecida por Agamben (2010), ao fazer uma releitura de Foucault, juntando ao seu quadro interpretativo reflexões de Arendt e alguns teóricos do Direito. Para entender o conceito de *tanatopolítica*, o *homo sacer* é indispensável. Figura do Direito romano que era matável, mas não sacrificável. Isso devido à sua condição ambígua, que o colocava em uma classificação de pessoa diferente das demais. Segundo a lógica daquela época, o *homo sacer* ou “homem sagrado”: “[...] não pode ser objeto de sacrifício, de um *sacrificium*, por nenhuma outra razão além desta, muito simples: aquilo que é *sacer* já está sob a posse dos deuses íferos, portanto, não há necessidade de torná-lo tal com uma nova ação [...]” (KERÉNYI, 1951:76 *apud* AGAMBEN, 2010: 75).

Esta ambiguidade do sagrado dá ao *homo sacer* duas características principais: 1) insacrificabilidade; 2) matabilidade. Desta forma, se ele é excluído pela ideia de sua condição de não-sacrificável, ele é incluído pela possibilidade de sua morte. Todavia, sua morte não tem valor de sacrifício ou significado de homicídio: “[...] Esta violência – a morte insancionável que qualquer um pode cometer em relação a ele – não é classificado nem como sacrifício e nem como homicídio, nem como execução de uma condenação e nem como sacrilégio” (AGAMBEN, 2010:84). O *homo sacer* é, portanto, aquele que possui a *vida nua*. Ou seja, vida em seu valor biológico, mas não como existência política. É o portador do nexo entre violência e direito (AGAMBEN, 2010:70).

Ao lembrar esta figura do Direito romano, Agamben (2010), argumenta que toda sociedade, sem exceção, elege seus *homines sacre* e, desta forma, podemos então falar de *tanatopolítica*:

[...] Se, em todo Estado moderno, existe uma linha que assinala o ponto em que a decisão sobre a vida torna-se decisão sobre a morte, e a biopolítica pode deste modo converter-se em tanatopolítica, a tal linha não mais se apresenta hoje como um confim fixo a dividir duas zonas claramente distintas; ela é, ao contrário, uma linha em movimento que se desloca para zonas sempre mais amplas da vida social, nas quais o soberano entra em simbiose cada vez mais íntima não só com o jurista, mas também com o médico, com o cientista, com o perito, com o sacerdote [...] (AGAMBEN, 2010:119).

Agamben (2010), então, define suas principais linhas argumentativas, a saber: o *bando* e indefinições entre externo e interno; a *vida nua* e sua articulação com natureza e cultura ou *zoé* e *bíos*; o *campo* e não a cidade como paradigma biopolítico do Ocidente. As indefinições sobre dentro e fora, incluído ou excluído também são presentes para entender a *biopolítica*, no sentido de que, em alguns momentos, há indefinições sobre vida e morte. Ou ainda, no campo jurídico, entre fato e direito ou ainda entre normatização e execução. Tal indefinição, na experiência do Estado totalitário, possibilitou a argumentação que Eichmann repetiu variadas vezes, em Jerusalém, que ele seguia ordens<sup>153</sup>. O *Führer* encarna essas indefinições – ou melhor, indissociações – e passa ele mesmo a ser a lei: uma *lei vivente* (Sevenbro, 1898:128 *apud* Agamben, 2010:169).

A *vida nua*, portanto, como a vida vivida pelo *homo sacer*, também tem em si essas indefinições. É a vida matável, porém não sacrificável. E, em sociedade não-sacrificiais, é a morte que não gera homicídio. É o corpo matável. É a morte que não gera consequências ao perpetrador da violência letal. É a morte desejável socialmente, já que toda sociedade elege seus *homines sacres*. Por fim, diante da experiência moderna do campo de concentração, Agamben argumenta que o campo é o paradigma da *biopolítica*, uma vez que “O campo é o espaço que se abre quando o estado de exceção começa a tornar-se a regra” (AGAMBEN, 2010:164). E é esta sombra da exceção que sempre se faz presente, independentemente de regimes socialistas, comunistas ou capitalistas.

---

<sup>153</sup> Para reflexão mais detida sobre Eichmann, ver Arendt (1999).

Desta forma, existe necessariamente uma politização da vida, relacionada com a ordem jurídica e a produção de *vida nua*:

É como se toda valorização e toda “politização” da vida (como está implícita, no fundo, na soberania do indivíduo sobre a sua própria existência) implicasse necessariamente uma nova decisão sobre o limiar além do qual a vida cessa de ser politicamente relevante, é então somente “vida sacra” e, como tal, pode ser impunemente eliminada. Toda sociedade fixa este limite, toda sociedade – mesmo a mais moderna – decide quais sejam os seus “homens sacros”. É possível, aliás, que este limite, do qual depende a politização e a *exceptio* da vida natural na ordem jurídica estatal não tenha feito mais do que alargar-se na história do Ocidente e passe hoje – no novo horizonte biopolítico dos estados de soberania nacional – necessariamente ao interior de toda vida humana e de todo cidadão. A vida nua não está mais confinada a um lugar particular ou em uma categoria definida, mas habita o corpo biológico de cada ser vivente (AGAMBEN, 2010:135).

Então, é possível que qualquer ser vivente seja virtualmente *homo sacer*. Neste sentido, Agamben (2010) também vai entender que o *racismo* é um mecanismo importante para análise do Terceiro Reich:

[...] O termo racismo (se entende-se por raça um conceito estritamente biológico) não é, portanto, a qualificação mais correta para a biopolítica do terceiro Reich: este se move, antes, em um horizonte em que a “tutela da vida” herdada da ciência do policiamento setecentista se absolutiza, fundindo-se com preocupações de ordem propriamente eugenética. Distinguindo entre política (*Politik*) e polícia (*Polizei*), von Justi conferia à primeira uma atribuição meramente negativa (a luta contra os inimigos externos e internos do Estado) e à segunda uma atribuição positiva (a tutela e o crescimento da vida dos cidadãos [...]) (AGAMBEN, 2010:143).

É importante destacar que o *racismo* relaciona-se diretamente com a *tutela da vida* e funde-se com preocupações eugenéticas. Desta forma, possibilita que a política se misture com a polícia, numa caçada dos “inimigos do Estado”, tanto interna quando internamente: “a polícia torna-se política, e a tutela da vida coincide com a luta contra o inimigo” (AGAMBEN, 2010:143).

Finalmente, toda esta estrutura jurídica, que fica em suspensão no estado de exceção – ou funciona de tal maneira, que permite que “ilegalidades” sejam executadas dentro da ordem legal – é característica do *campo*. O *campo* é o paradigma biopolítico moderno porque permite tal acontecimento e, acima de tudo, direciona o vetor do dispositivo para morte:



[...] Quem estava no campo movia-se em uma zona de indistinção entre externo e interno, exceção e regra, lícito e ilícito, na qual os próprios conceitos de direito subjetivo e proteção jurídica não faziam mais sentido [...] Na medida em que seus habitantes foram despojados de todo estatuto político e reduzidos integralmente a vida nua, o campo é também o mais absoluto espaço biopolítico que jamais tenha sido realizado, no qual o poder não tem diante de si senão a pura vida sem qualquer mediação. Por isso o campo é o próprio paradigma do espaço político no ponto em que a política torna-se biopolítica e o *homo sacer* se confunde virtualmente com o cidadão. A questão correta sobre os horrores cometidos nos campos não é, portanto, aquela que pergunta hipocritamente como foi possível cometer delitos tão atrozes para com seres humanos; mais honesto e sobretudo mais útil seria indagar atentamente quais procedimentos jurídicos e quais dispositivos políticos permitiram que seres humanos fossem tão integralmente privados de seus direitos e de suas prerrogativas, até o ponto em que cometer contra eles qualquer ato não mais se apresentasse como delito (a esta altura, de fato, tudo tinha-se tornado verdadeiramente possível) (AGAMBEN, 2010:166-167).

Sendo assim, cabe esta reflexão: quais mecanismos permitiam que o campo de concentração existisse? O estado de exceção é inerente à condição democrática? Estas questões não são de fácil respostas. E eu não me proponho a tentar respondê-las aqui. Todavia, parece-me essencial pensar que, como toda sociedade elege seus *homines sacres*, temos pequenos campos – ou espaços de suspensão jurídica – mediados por polícias eminentemente políticas, que elegem seus inimigos e agem de acordo com suas convicções éticas, numa zona de indistinção entre a tutela e o controle.

O campo da política, portanto, não corresponde à decisão sobre a gestão de algumas vidas e, também, sobre a produção de algumas mortes. O *homo sacer* que é a figura que foi expulsa da sacralidade e, portanto, não participa da vida política, tem como alternativa a participação no *bando*. Todavia, da forma como se estabelece a relação do *bando* com o soberano, não há vida mais política que a própria vida “apolítica” do *homo sacer*. Ou seja, em termos contemporâneos, não há vida mais incluída no sistema de gestão estatal, do que a vida dos *excluídos* socialmente.

A *biopolítica*, portanto, no sentido foucaultiano, tem seu vetor apontado para a vida. É a gestão da vida que direciona as ações: alimentação, expectativa de vida, sexualidade, natalidade, etc.. Tudo converge para as regulações da população. Se é necessário que haja morte, elas existem apenas para que outros vivam. E, quando este fenômeno foi percebido por Foucault, junto vieram as análises dos saberes (e poderes) que circulavam e definiam os padrões a serem utilizados nas regulações do corpo social.

Diante de outro ponto de vista, no sentido agambeniano, a *tanatopolítica* tem seu vetor apontado para morte. A produção da morte ganha autonomia em relação à vida. Qual mecanismo permite a *vida nua*? A suspensão jurídica – ou ainda, tal constituição jurídica que permita esta suspensão – mesmo dentro da ordem. Desta forma, é o aspecto jurídico do dispositivo que ganha prodigalidade, independentemente, de certa forma, das outras áreas de saber. Se buscarmos na análise de Giddens (1991) sobre a pós-modernidade, ele vai analisar que os sistemas peritos podem argumentar diferentemente entre si e que isto, por ex., gera insegurança sobre as descobertas científicas. Ainda, na linha de Foucault, há as construções de verdade<sup>154</sup>. Desta forma, os saberes são campos de disputa política e, sendo assim, há sempre argumentos – no caso de uma querela judicial – que embasam os dois lados de uma disputa. Sendo assim, em última análise, quem arbitra sobre a vida e a morte dos viventes é o campo jurídico. Campo jurídico este que pode promover a suspensão do estado democrático do direito, mesmo dentro da ordem, através do mecanismo de criação do *locus* do campo e consequente produção da *vida nua*.

---

<sup>154</sup> Este argumento perpassa a obra de Foucault como um todo. Mas, está desenvolvido em *A Verdade e as Formas Jurídicas* (2003).

## CONCLUSÕES

Primeiramente, gostaria de fazer referência à particularidade da pesquisa em Ciências Sociais, especialmente, quando pensamos em pesquisas que utilizam o método etnográfico como ferramenta. Há um amplo debate sobre dificuldades técnicas, clivagens possíveis e delimitações de campo dentro das Ciências Sociais. Não entrarei neste debate aqui. Apenas, é necessário ressaltar que se há dificuldade na entrada de campo, há talvez ainda mais na saída de campo – ficam para trás laços que criamos e uma rotina de vida que nos habituamos a ter – mas, mais do que isto: a vida existiu antes de nossa chegada e continua a existir com a nossa partida. E nós, por mais que tentemos, não conseguimos dar conta de todo este universo presente no microcosmo que analisamos e adentramos quando escolhemos fazer uma pesquisa de campo. Desta forma, tudo que é apresentado aqui, conscientemente, é um recorte arbitrário de uma realidade mais ampla, dinâmica e rica do que consegui transcrever e traduzir em escrita.

Dito isto, também é necessário ressaltar que as notícias sobre minha pesquisa – tanto diretamente relacionada, como indiretamente, em contexto mais amplo – nunca pararam de chegar. Em alguns momentos, nestes quatro anos, eu fui em busca ativamente destas notícias. Em tanto outros, elas chegaram até mim. Seja porque as pessoas conhecem minha pesquisa e me informaram, ou porque a questão se transformou em um problema social tão evidente, hoje em dia, que ganha os jornais, os debates acadêmicos, as rodas de conversas informais e os mais variados meios de comunicação. Neste sentido, não tenho como não fazer referência à *Cracolândia* paulistana. No primeiro semestre de 2017, assistimos mais um vez a uma série de intervenções no território conhecido como Cracolândia, na cidade de São Paulo.

Essas intervenções naquele território<sup>155</sup> seguem mais ou menos o mesmo padrão: policiais, mídia, destruição, promessa de que não haverá mais *Cracolândia*. Mas, “a Cracolândia anda”<sup>156</sup>. E tudo se restabelece novamente. Desta forma, escolhi a imagem que abre esta tese, ainda nos elementos pré-textuais, como o símbolo do que eu argumento aqui: produção de morte da população de rua. Produção de morte via Estado. Aquela foto não poderia ser mais ilustrativa: Duque de Caxias – conhecido por promover massacres às sublevações do povo brasileiro – está montado em seu cavalo,

---

<sup>155</sup> Sobre a Operação Sufoco, ver Rui (2013).

<sup>156</sup> Afirmação de Taniele Rui, em reportagem. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/01/1579820-a-cracolandia-anda-nao-vai-acabar-afirma-antropologa.shtml>>. Acesso em: 14 jul.2017.

com a espada erguida sobre a cabeça das pessoas que compõem a *Nova Cracolândia*, na Praça Princesa Isabel, ícone que representa a família real portuguesa e a família Bourbon, reconhecidamente absolutista e autoritária em sua relação com os súditos. Temos, assim, todos os elementos para pensar a *tanatopolítica* e a produção da *vidanua*. Embora não seja uma foto do meu campo propriamente, ela é representativa deste contexto maior. E, mais ainda, da capital paulistana, que, por inúmeros motivos, representa um modelo a ser seguido – ao menos na Assistência Social – pelos municípios do interior do estado.

Sobre a minha pesquisa e meu campo, especificamente, há vários níveis de análise que foram possíveis. Em primeiro lugar, pela entrada de campo privilegiada que tive. Como destacado por Cefai (2013), o acesso à informações é dado pelas pessoas que nos recebem no campo e pelas instituições, que controlam o acesso a locais, reuniões e documentos. Ter sido convidada para fazer a pesquisa de campo, me abriu uma miríade de possibilidades e de coletas de informações. Tal oportunidade transformou-se, por um momento, em desvantagem: fiquei perdida e não sabia como recortar o objeto e quais informações destacar e anotar, que poderiam ser úteis na análise e na redação, tanto da qualificação como da tese.

Desta forma, a estratégia adotada consistiu em participar de todas as reuniões que eu pude. Visitar todos os equipamentos que se mostraram acessíveis para mim. Anotar tudo que presenciei, preferencialmente, no dia que vivenciei o campo ou no dia subsequente. E, somente depois da saída de campo, que pude analisar com calma todas as informações e definir quais recortes, temas, trechos do diário de campo eu utilizaria. Foi fundamental também, este afastamento físico-temporal do campo. Por vezes, os temas são muito *pesados* emocionalmente. Escrever o diário de campo – para mim – tem utilidade terapêutica. Depois de um determinado tempo, foi possível voltar aos relatos que me abalaram durante o campo e ler e analisar com menos carga emocional. Mas, isso precisa ser destacado: ir para campo é ir com corpo e alma para o local, uma imersão também emocional. E faz parte do processo de escrita e de análise lidar conscientemente com os sentimentos envolvidos. Não é necessário deixar de sentir. Muito pelo contrário, foi exatamente por causa dos sentimentos que eu consegui relatar mais detalhadamente algumas situações. Mas, é necessário se afastar disso e olhar com se fosse uma terceira pessoa.

Sobre a estrutura da tese, como relatado no começo da segunda e da terceira partes, esta tese se estruturou desta maneira, em três partes: a primeira com

apontamentos iniciais, a segunda com reflexões sobre governos e gestão da vida, a terceira sobre Estado e margens. Na primeira parte, algumas considerações metodológicas foram feitas, como explicar a entrada de campo e qual olhar decidi adotar. Portanto, esta pesquisa partiu de observações e reflexões sobre o *Estado em ação*, ou seja, como as políticas públicas são operacionalizadas pelo *executores* de políticas públicas, ou *burocratas de nível da rua*.

Esta perspectiva abre possibilidade de análise de várias questões. A primeira é a distância entre *elaboradores* de políticas públicas (*policymakers*) e seus *executores*. Os níveis de elaboração são formados, normalmente, por técnicos da áreas, que tem nível superior de instrução e são especialistas nos assuntos. Todavia, nem sempre eles conhecem a realidade prática ou o *chão de concretização* dessas políticas públicas. Na outra ponta, nas ramificações mais capilares, há os executores de políticas públicas. Normalmente, funcionários de nível de instrução médio, com condições precarizadas de trabalho. Importante destacar que uma das grandes demandas em Conferências Municipais de Assistência Social<sup>157</sup> ainda é a garantia da equipe mínima da Assistência Social e ampliação dos recursos humanos, como maneira de tentar garantir as demandas da Assistência Social.

Mesmo que não se considerar a ausência de número adequado de profissionais na ponta do sistema, é possível destacar que o entendimento da política pode ser diferente daquele que a elaborou. Exatamente por isso, tanto Saúde como Assistência Social costumam fazer cursos de capacitação, de educação permanente, de treinamentos e etc., na tentativa de contornar os possíveis desvirtuamentos das políticas nacionais e normativas federais. Todavia, ainda há o elemento cotidiano da execução da política pública: o imponderável da vida.

Desta forma, como argumentei a tese, mesmo que haja uma miríade de estratégias estatais, de gestão, a *urgência social* pode abalar o planejamento e exigir que sejam aplicadas *táticas* de gestão. Isto ocorre, entre outros motivos, devido a criação da categoria *população*. Ao tornar homogêneo o que é diverso, a categoria *população* é eclodida na prática cotidiana. As diversidades internas aparecem e cobram respostas não previstas na política pública. Isto gera tensões no dia-a-dia da gestão, como, por exemplo, no caso de alimentação de Matheus que não se enquadrava no perfil de PSR,

---

<sup>157</sup> Participei da Pré-Conferência e da Conferência de Assistência Social de Jaboticabal em 2016. Já havia participado da Conferência de São Carlos em 2008. E agora, em 2017, já participei de 5 Conferências em 5 municípios da regional de Araraquara.

mas precisava de alimentação, o que gerou tensão entre a Casa Transitória e a Secretaria de Assistência Social. Ou, ainda, o caso de Rosália, que não tinha para onde ser encaminhada após sua alta no Hospital Santa Tereza e assim por diante<sup>158</sup>.

Ainda, é possível dizer que essas políticas sociais foram pensadas de maneira a se concretizarem da forma mais democrática possível, já que há *controle social e participação social* prevista no SUAS. Todavia, em minhas participações – tanto na Pré-Conferência como na Conferência de Assistência Social – pude perceber que a população de rua ali presente não se sentiu confortável, muito menos entendia o que estava acontecendo ou, muito menos, se pronunciaria em caso de necessidade. Eles participaram dos Eixos de discussão, mas quase nada falaram. Os comentários que escutei ao final, quando voltamos caminhando do espaço onde fora realizado a Conferência, foi *As mulheres são tão bonitas e arrumadas, nunca dariam bola para a gente*. Então expliquei a importância da Conferência e mais ou menos o que são políticas públicas, ao passo que Gabriel falou: *Mas, vocês pensam assim na gente?!*. Havia um completo desconhecimento sobre as políticas para PSR e os direitos que eles deveriam conseguir acessar.

Ainda na segunda parte, esta tese apresenta uma sugestão de perspectiva de abordagem da relação entre Saúde e gestão dos pobres. Diante de alguns exemplos sócio históricos da Saúde Pública, defendeu-se que a Saúde pode ser considerada um eixo articulador da gestão da pobreza, porque consegue definir o corpo saudável e, portanto, quem deve trabalhar e quem pode receber auxílio da Assistência Social. No caso de trabalhadores em potencial que se recusam à disciplina do trabalho, resta a pecha de *vagabundo*, que em boa parte da história brasileira, converteu-se em crime ou contravenção passível de punição.

Já na terceira parte, que adota uma perspectiva mais pessimista, apresenta-se o debate sobre *questão social e exclusão social*, de modo a dialogar com a formação do Estado pelas suas *margens*. Desta maneira, os limites das políticas públicas não se dão apenas pelos motivos elencados acima, mas também pela própria constituição do Estado e da relação que existe com a população. Pensando no argumento de Agamben (2010), toda sociedade elege os seus *matáveis*. Desta maneira, além da questão da *biopolítica*,

---

<sup>158</sup> Segundo relato de Tainá Reis, grande parte dos cortadores de cana, que passam por processos de adoecimento e esgotamento de suas forças corpóreas, tem problemas com adicção (álcool ou mesmo *crack*) e, em alguns casos, tem como destino as ruas. A rua, parece-me, o local para onde todas as demandas que não foram acolhidas antes foram desaguar: ex-cortadores de cana, ex-prostitutas, travestis, pacientes de Saúde Mental e etc..

falamos de *tanatopolítica* e da necessidade de entender os mecanismos jurídicos que permitem ações típicas de *estado de exceção* em contextos democráticos.

Como argumentei no começo do Capítulo 6, minha pesquisa de campo num equipamento de acolhimento da população em situação de rua me permitiu entrar em contato com o *Estado em ação* e com as práticas cotidianas da gestão. Desta forma, pude visualizar as ramificações do dispositivo de acolhimento da população em situação de rua, que, muitas das vezes, disse respeito mais a respostas contingenciais e, por isso mesmo, *táticas*, que escapavam à *estratégia* racional do Estado moderno. Neste sentido, como apontado no Capítulo 3, há enorme diferença entre os formuladores das políticas públicas e os executores das políticas públicas. Isto porque há distância espaço-temporal entre uma fase e a outra, bem como diferenças de entendimento das políticas, que passam por interpretações pessoalizadas e níveis diferentes de instrução formal. Ainda, outra questão a ser levada em consideração são os imponderáveis da vida: seja no surgimentos de casos não previstos ou nas ações que geram resultados exatamente opostos dos pretendidos.

Além de toda a crítica que se pode fazer sobre as políticas públicas não realizarem o que se propõem, é possível radicalizar ainda mais e falar da relação que o Estado possui com a sociedade. De acordo com o raciocínio de Agamben, toda sociedade elege seus *homines sacre*. Como não estamos mais em sociedades sacrificiais, esta condição reverbera em algumas vidas como *matáveis*. Ainda, se adicionarmos à discussão a perspectiva de *margens do Estado* (DAS; POOLE, 2009), chegamos à conclusão que os *homines sacre* estão nas *margens do Estado* e, como tais, por sua relação específica com o soberano – ou nos casos modernos, com o aparato jurídico – tem sua “vida apolítica” politizada de modo radical. Dito de outra maneira, são exatamente os *excluídos* sociais que são incluídos por todas as formas de captura das políticas públicas.

Esta captura, como apontado no Capítulo 6, está pautada em processos de sujeição e subjetivação. Portanto, é importante pensar como há a criação da categoria população em situação de rua, bem como todas as políticas destinadas a ela<sup>159</sup>. Assim, é possível analisar a trajetória de *Valdomiro*, que teve uma vida inteira institucionalizada e demonstra, em alguma medida, a incompetência das políticas públicas em responder as demandas dos *anormais*. *Valdomiro* ficou quase que ininterruptamente 17 anos na

---

<sup>159</sup> O trabalho de Oliveira (2012) demonstra este percurso.

Casa Transitória – hoje já seriam quase 20 anos – e passou por uma sequência de violação de direitos humanos, como é característica das pessoas atendidas em CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social). Ele presenciou o assassinato e esquartejamento de sua mãe, pelas mãos do pai. Até hoje repete as frases “Caiu as pernas”; “Caiu os braços”; “Caiu tudo”, sem ter sido acolhido em equipamento de Saúde Mental à época do ocorrido. Seja por incapacidade de atender algumas demandas ou pelo momento de construção da rede CAPs e desinstitucionalização hospitalar, processo do início da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A rua, então, pode ser entendida como o destino último de todos os *anormais* que não foram acolhidos – ou capturados – em outros equipamentos. São, portanto, os *anormais* “mais anormais”, ou seja, aqueles que a normatização não capturou ou que abriu mão e condenou compulsoriamente à errância. Além disso, quando capturado sob a sigla de PSR, *Valdomiro* passou a ser medicalizado<sup>160</sup>. Ainda, ele tem em sua trajetória possível violação sexual, exploração por parte de responsável e BPC (Benefício de Prestação Continuada) extraviado por assistente social que era responsável pela Casa Transitória em período anterior ao de minha pesquisa de campo. Atualmente, mais um elemento biopolítico: a atual assistente social espera que ele atinja os 65 para dar entrada no pedido de aposentadoria e, assim, poder ser encaminhado para instituição de acolhimento de idosos. Embora a morte não seja produzida literalmente, o caso de *Valdomiro* aponta para sobrevivência e produção de *vida nua*. Na argumentação de Sémelin (2009), podemos pensar em vidas deixadas ao *massacre*. Em semelhança à argumentação de Arendt (2012), podemos pensar que pessoas como *Valdomiro* estão na condição mais subalterna de cidadania, restando quase a eliminação final, ou seja, a morte biológica.

Sobre os elementos que dizem respeito à coletividade da Casa Transitória, as questões *biopolíticas* ficam evidentes no controle dos mantimentos. Este foi um grande problema enfrentado no momento que cheguei na pesquisa de campo. Por algumas circunstâncias comuns à administração pública, a licitação de alimentação não teve nenhum interessado. Sendo assim, não era possível fazer outra licitação. E o processo ficou travado. Havia dinheiro para compra de alimentos, mas não era possível comprar

---

<sup>160</sup> Valdomiro foi inicialmente encaminhado para o CAPS, mas ele não se adaptou ao serviço. Então, devido às várias violações de direitos que já passou, a equipe multiprofissional decidiu não continuar a abordagem. No momento de minha pesquisa de campo, ele somente ia para o CAPS em momentos festivos. E para receber o medicamento. Ele é um dos residentes da Casa Transitória que é medicado com haldol. Em alguma medida, as práticas anteriores à Reforma Psiquiátrica permanecem no cotidiano do CAPS.



alimentos. *Você tem ideia do quanto 19 homens adultos comem na semana?* Alguém comentou comigo quando pequenas doações chegavam até a dispensa da Casa Transitória. Portanto, era necessário achar o equilíbrio: comer o suficiente para manter o corpo sadio, mas não demasiadamente para acabar com o estoque de mantimentos.

Esta situação gerou vários comentários e situações de tensão entre funcionários de Casa Transitória, seja internamente ou com a Secretaria de Assistência Social. Cabe ressaltar que, justamente nesta semana, um homem pediu por refeições na Casa Transitória. Tal pedido foi negado pela assistente social – ele não se enquadrava no perfil e a Casa Transitória estava com escassez de mantimentos – mas, o pedido foi contemplado pela Diretora de Proteção Especial, quando o homem foi até a Secretaria levar sua demanda. Conversei com a Diretora de Proteção Especial sobre o assunto. Perguntei o motivo da liberação. Ela me disse que se travava de Segurança Alimentar. *Como eu vou negar alimento a alguém?* Um dos exemplos de conflito de ações e visões, quando todos os envolvidos têm razão.

Ainda sobre este recorte populacional, mesmo com mulheres em situação de rua no município de Jaboticabal, o município não possui acolhimento para o gênero feminino. Não pude levantar detalhadamente o histórico desta questão. Posso apenas afirmar que o caderno de registros de entrada possui nomes de mulheres nos anos 1990 e que depois eles desaparecem. Aparentemente, houve caso de uma mulher que engravidou dentro do equipamento e, com grande repercussão negativa no município e para gestão política, a resolução foi excluir as mulheres do acolhimento.

Também é necessário destacar a disciplina dentro do equipamento. Rotinas nem sempre bem vistas pelos moradores de rua são obrigatórias: como higiene pessoal, impossibilidade de utilizar drogas lícitas ou ilícitas, divisão de tarefas domésticas. Embora eles não estejam presos no equipamento, se saírem sem permissão, não podem retornar. Ou precisam negociar novamente sua entrada. Presenciei uma fala de um dos residentes da Casa Transitória, ao se queixar sobre a quantidade de chaves, cadeados e portões: *Parece prisão*. Não é uma prisão, mas tem a disciplina imposta em suas rotinas e dentro dos limites de seus muros.

Pensando a estrutura para fora, a rede de assistência ainda tem ruídos em suas comunicações. Embora seja prescrita a intersetorialidade tanto no SUS como no SUAS, ela encontra dificuldades em sua concretização cotidiana. A população em situação de rua é muito volátil. Quando aceitam o tratamento, é necessário que eles tenham a adesão imediata – ou podem não ser mais encontrados ou terem mudado de ideia no momento

seguinte – todavia, a Saúde tem uma lista de prioridades, com critérios próprios e que coloca os moradores de rua na condição de espera. O caso que presenciei não foi atendido pelo psiquiatra do SAUAD, porque ele já não estava mais na Casa Transitória.

Do ponto de vista da relação com a Saúde, é importante destacar que o Estado não é uma instituição homogênea e que o poder não é exclusivo do Estado. Desta forma, há práticas e saberes que disputam internamente, que colocam o poder para circular em diversos níveis operacionais e entre as pessoas que fazem o *Estado em ação*. Portanto, como argumentado neste capítulo, Estado pode ser pensando enquanto *estratégia* (em sua estrutura racional-legal) e como *tática* (nas respostas contingenciais do cotidiano da gestão). Neste sentido, então, entender as políticas públicas e analisar a *biopolítica* em sua ramificação mais capilar, é entender este imponderável, que somente é captado na observação cotidiana e, no caso desta pesquisa, através de etnografia. Neste sentido, então, a observação metodológica de Foucault sobre como é necessário atentar para a *biopolítica* em determinado setor, nos diversos níveis escalonares. Portanto, esta é uma perspectiva de análise, que – defende-se aqui – pode ser utilizada para algumas reflexões além do que foi apreendido na pesquisa de campo.

Importante ainda destacar o papel da medicina social. Medicina como *medicina de Estado*, *medicina urbana* e *medicina da força de trabalho* foram essenciais para a estrutura da área médica atual. A medicina nasce como social, porque volta o seu olhar para a população. O que muda nos casos elencados por Foucault são os motivos que direcionaram as ações em Saúde Pública. Com destaque para o caso francês, cujo tratamento da lepra e da peste são ilustrativos de dois modelos de cuidado: o religioso e o militar. Se o primeiro instituiu o exílio como modo de purificação, o segundo vale-se do internamento para conseguir analisar minuciosamente e ter registros permanentes. Nos dias atuais, pensando nesses dois paradigmas, podemos refletir sobre como a Reforma Psiquiátrica faz um movimento de um paradigma para o outro: de um isolamento em hospícios para um cuidado pormenorizado na rede atual. Todavia, embora haja o discurso de *humanização do cuidado*, há limites claros: o *anormal de excluído* é incluído via cuidado, mas também porque é controlado mais de perto. Podemos ainda pensar, em dias atuais, em *cordão sanitário autoritário*.

Desta forma, diante destas reflexões, é possível apontar que as políticas públicas destinadas à PSR ficam aquém de seu discurso emancipatório e de *cuidado* e/ou *prevenção*. Especialmente, devido à *guerra às drogas* o aspecto da *autoridade* – ou seja, da segurança pública – é o preponderante no dispositivo de captura desta

população. Em considerações ampliadas, é ainda possível destacar que devido à lógica da guerra – que coloca pobres e periféricos como inimigos em potencial – é impossível a construção de políticas que atendam às demandas da população e construam a emancipação social, garantindo acesso a direitos básicos que constroem o Estado Democrático de Direito. Existe apenas o controle e a retroalimentação do dispositivo de captura desta população. Dispositivo este que ocupa-se com a vida (*biopolítica*), mas que também produz ativamente a morte (*tanatopolítica*).

Diante do exposto, esta tese tem como argumento principal a ideia de que a relação com algumas parcelas da população – aqueles que elegemos como matáveis – sempre serão os que terão mais intervenções em suas vidas. Assim como a aparente contradição do *banimento* (AGAMBEN, 2010). É exatamente por ser banido, que quem foi excluído é incluído – ou vigiado – dentro de uma lógica de controle e repressão. Neste sentido, embora minha interlocutora de pesquisa reivindique a *exclusão social* da PSR, a análise pode se pautar pela ausência de acesso a direitos humanos básicos, como o direitos de ir e vir e permanecer em espaços públicos. Ou, ainda, acessar equipamentos públicos de Saúde ou Assistência Social.

No caso brasileiro, é necessário destacar, que temos a herança de um passado colonial escravocrata. E que a presença da escravidão em nossa história naturalizou as desigualdades sociais (RISEK; GEORGES, 2013) e, desta maneira, potencializou algumas assimetrias já encontradas em outros países e culturas. Especificamente sobre a população em situação de rua, este conceito reúne todas as diversas situações de rua. Tal conceito não é representativo da mesma situação do caso que tem o termo *SDF* (em Português, sem domicílio fixo) ou em Inglês, o *homeless* (sem casa ou sem teto, em Português). No Brasil, muitas condições precárias de moradia seriam classificadas como *SDF* ou *homeless* e são entendidas apenas como condições precárias de moradia, não engrossando a quantidade de pessoas *em situação de rua*.

Ainda, levando em consideração as similitudes que se encontram entre processos de produção de periferias – no Brasil e no mundo – apontado por Cunha & Feltran (2013), podemos argumentar que casos como o desta pesquisa de campo podem nos auxiliar a pensar a constituição de um Brasil conservador, que ainda não conseguiu desvencilhar o SUAS do que se conhece corriqueiramente como *assistencialismo* e que estas questões fazem parte de um caldo de cultura maior, que mistura *cordialidade*, *autoritarismo* e *militarização do social*.

As políticas sociais são fortemente colonizadas pela Segurança Pública. Há um debate recente – porém não muito novo – de militarização das guardas municipais. Em alguns casos, os municípios que entram nas condicionantes do *Programa Crack* – é preciso vencer, preferem o *ônibus do crack*, que possui câmeras de monitoramento e armamento para as guardas civis, do que a implementação do Consultório na Rua, que é um equipamento da Saúde e da Assistência Social, para o acolhimento intersetorial da PSR. Nas frentes do programa, anunciadas como *cuidado, prevenção e autoridade*, não há dúvidas, especialmente, pelo noticiado diariamente nos jornais, que a autoridade é o que mais se sobressai. Além disso, é importante destacar, o *Programa Crack* prevê também controle mais acentuado das fronteiras, com vistas ao combate intenso ao tráfico de drogas.

Desta maneira, com a *lógica da guerra* instaurada, não há território que não tenha deflagrada a sua pequena guerra particular. A lógica da guerra cria necessariamente *inimigos*. No caso da *guerra às drogas*, precisamos destacar que *droga* é um objeto inanimado. Não há como guerrear contra a droga. Mas, há como guerrear, por contaminação, com as pessoas que estão próximas: traficantes e usuários.

No caso de traficantes, tráfico é considerado crime. Todavia, as pessoas apreendidas, normalmente, são das escalas mais baixas da empresa do tráfico. Notadamente, muitas são mulheres, que, não raro, são chefes de família e mães-solo. Desta forma, o impacto social negativo dessas prisões é de dimensões enormes. Mulheres que são presas e deixam seus filhos sem seus cuidados. Crianças essas que ou são institucionalizadas, ou iniciam sua carreira na ilegalidade.

No caso de usuários, não é possível que sejam presos pelo uso, haja vista que uso não é crime. Mas, o mecanismo de internação compulsória tem sido utilizado indiscriminadamente. Segundo a legislação de Saúde Mental, a internação deve ser o último recurso, quando esgotadas todas as outras possibilidades. O que não ocorre atualmente. No caso da *Cracolândia* paulistana, o prefeito João Doria pediu internações compulsórias coletivas, o que caracteriza mais higienismo e controle social do que cuidado em Saúde Mental.

Ainda, no caso de mulheres usuárias de *crack* e em situação de rua, o controle é ainda maior. A justificativa estaria nos malefícios causados à criança. Todavia, de acordo com Santos (2016), estudos dos Estados Unidos apontam que os *bebês do crack*, tem maiores riscos ligados às condições de vulnerabilidade que são expostos do que aos possíveis efeitos negativos do uso do crack pelas mães. Necessário ressaltar que os

Estados Unidos já passaram por um *epidemia de crack* no anos 1990 e que muitos estudos já foram realizados. Desta forma, algumas conjecturas pensadas atualmente no Brasil já foram descartadas em estudos realizados nos Estados Unidos em contextos semelhantes.

Sendo assim, diante deste contexto de *guerra as drogas*, não é possível equacionar qualquer política pública minimamente preocupada com *cuidado*, especialmente as que são focadas em públicos de maior vulnerabilidade social, que são classificados como usuários de drogas, mesmo que não o sejam. A militarização do social impõem uma lógica de guerra, que não permite empatia – essencial para criação de vínculos e sucesso na adesão da população aos protocolos de cuidado e autocuidado – e delinea a relação com a alteridade apenas via autoritarismo e violência.

A assimetria dada por essa relação desigual aparece também nas relações de *cuidado* dessas políticas. Embora o texto constitucional de 1988 preconize práticas democráticas, ainda estamos num caldo de cultura autoritário. Sem mudanças nesta cultura política – que tem demonstrado suas consequências mais drásticas atualmente – as mudanças nas práticas das políticas públicas serão apenas *mudanças de fachada* (FUGANTI, 2009), que relacionam-se com a  *piedade* e com *cuidado*, que não potencializam nos outros a autonomia, mas que tem ligações íntimas com o *poder pastoral* foucaultiano, ou seja, com o *governo dos outros*, que não permite o *governo de si* e, na verdade, estabelece uma relação assimétrica, que não promove autonomia.

Por fim, há dois pontos que merecem ser mencionados: o primeiro em relação à segunda parte da tese; o segundo, em relação à terceira parte da tese. Em relação à primeira, as limitações das políticas públicas, que lidam com a ideia de população, a distância entre formuladores e executores das políticas públicas e, ainda, a discricionariedade dos burocratas do nível da rua. Desta maneira, mesmo levando à sério o que se propõem as políticas públicas – notadamente a Assistência Social, que auxilia os usuários, para gerar emancipação – há limites que impedem este objetivo no dia-a-dia da gestão.

Já com relação à terceira parte desta tese, as políticas públicas são entendidas enquanto parte do dispositivo da biopolítica. Desta forma, mesmo que produza cuidado e melhore a vida das pessoas, é fundamentalmente um dispositivo de controle populacional e sujeição dos corpos. Mesmo os corpos menos dóceis, há pouco espaço para autonomia. Porque quem é excluído – dentro da lógica do *banimento* e da relação com o soberano – é, de fato, incluído de uma maneira perversa, que gera controle e, em

casos mais graves, morte. Assim, diante de mecanismo jurídicos, justificam-se as práticas de exceção dentro de regimes democráticos. Justifica-se a *morte*, dentro de um dispositivo de produção e controle da vida. E, portanto, há produção de *vida nua* na gestão da população de rua.

## REFERÊNCIAS

### ❖ Bibliografia

AGAMBEN, Giorgio. **Estado de Exceção**. [Homo Sacer II, 1]. São Paulo: Boitempo, 2004.

\_\_\_\_\_. **O que resta de Auschwitz: o arquivo e a testemunha**. [Homo Sacer III]. São Paulo: Boitempo, 2008.

\_\_\_\_\_. “O que é um dispositivo?”. In: \_\_\_\_\_. **O que é o contemporâneo? e outros ensaios**. Chapecó-SC: Argos, 2009.

\_\_\_\_\_. **Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua**. [Homo Sacer I]. Belo Horizonte: Ed. UFGM, 2010.

ALVAREZ, Marcos César. **Bacharéis, criminologistas e juristas: saber jurídico e nova escola penal no Brasil (1889-1930)**. 1996. 306f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de Sociologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

ALVES, Maria Magdalena. **Os vínculos afetivos e familiares dos homens de rua**. Mestrado, Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, PUC-SP, 1994.

ANDERSON, Nels; SCHWARTZ, Olivier. **Le Hobo: sociologie du sans-abri. Suivi de l'Empirisme irréductible**. Paris: Armand Colin, 2011.

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

ARENDT, Hannah. **Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

\_\_\_\_\_. **Origens do Totalitarismo: Antissemitismo, imperialismo, totalitarismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

ARBEX, Daniela. **O holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva**. 1975. 197f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) –, Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

ARRETCHE, Marta. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Editora Revan, São Paulo: FAPESP, 2000.

\_\_\_\_\_. “A Política da Política de Saúde no Brasil”. In: LIMA, Nísia Trindade *et al* (orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. “Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde”. **CADERNO CRH**, 39:55-81, jul./dez. 2003.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. “Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde”. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 6(1):63-72, 2001.

AZEVEDO et al. “Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde”. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 [ 4 ]: 1333-1356, 2012.

BARBOSA, Rosana Machin. “Uma Instituição Modelar: o Hospício do Juquery”. **São Paulo em Perspectiva**, 6(4):92-103, outubro/dezembro, 1992.

BARBOSA, Aline Ramos. **População de Rua em São Carlos-SP: aspectos sobre exclusão social, contratualismo e cidadania**. 2007. 80f. Monografia de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Sociais) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Departamento de Ciências Sociais. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

\_\_\_\_\_. **Questão Social no Brasil: o debate nas décadas de 1920 e 1930**. 2011. 117f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

\_\_\_\_\_. “Gestão das ruas e questão social: interfaces entre assistência social, assistência em saúde e segurança pública”. In: **II Seminário Interno do projeto de pesquisa As Margens da Cidade: grupos urbanos ‘marginais’, política e violência em três territórios do estado de São Paulo**. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos. Dez de 2013 [mimeo].

\_\_\_\_\_. “Corpos insalubres, condutas desviantes: historicidade das políticas de saúde para moradores de rua”. In: **Anais da 29ª Reunião Brasileira de Antropologia**. UFRN. Natal-RN. Ago. de 2014.

BATICH, Mariana. “Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada”. **São Paulo Perspectiva**, São Paulo, 18(3): 33-40, Set. 2004.

BECKER, Howard S. **Outsiders. Estudos de sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2006.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira *et al.* “Fatores associados à discriminação percebida nos serviços de saúde do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013”. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21(2):371-378, Fev. 2016.

BODSTEIN, Regina Cele de A. “Ciências sociais e saúde coletiva: novas questões, novas abordagens”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 8(2):140-149, jun.1992.



BOLDRIN, Juliana Ramos. “Práticas médicas: etnografia em um centro de referência no tratamento hospitalar da tuberculose”. Paper apresentado no GT Intervenção estatal, fluxos e produção de margens: a dinâmica da formação urbana contemporânea. **Anais do I Seminário Internacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UNESP de Marília**. UNESP-FFC, Marília. 2015.

BONAVIDES, Paulo. **Teoria do Estado**. Ed. Malheiros, 2004.

BOUDIEU, Pierre. “Le champ scientifique”. **Actes de la Recherche en Sciences Sociales**, 2/3: 88-104. jun. 1976.

BREDA, Roselene de Lima. **Entre recursos e escolhas: Limites e possibilidades em torno da rotina de atendimento de um CRAS**. Monografia (bacharelado), Departamento de Sociologia, UFSCar, 2013.

CAMARGO, Giovane Matheus; BORDIN, Marcelo. “Guerra às drogas: as periferias como *locus* da violência e a tendência da hipermilitarização”. In: **Anais do 8º. Seminário Nacional Sociologia e Política**. 2017. Disponível em: < [http://e-democracia.com.br/sociologia/anais\\_2017/pdf/GT03-85.pdf](http://e-democracia.com.br/sociologia/anais_2017/pdf/GT03-85.pdf) >. Acesso em: 14 set. 2017.

CARVALHO, José Murilo de. “Mandonismo, Coronelismo, Clientelismo: Uma Discussão Conceitual”. **Dados**, Rio de Janeiro, 40(2), 1997. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0011-52581997000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581997000200003) >. Acesso em: 01 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica da sociedade salarial**. Petrópolis: Vozes, 2008.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. “O quadrilátero de formação para área da saúde”. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

CEFAÏ, Daniel. **Qu’est-ce que l’ethnographie? Quelques débats récents en Sciences Sociales**. Seminário ministrado no CEBRAP (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento). São Paulo: 15 out 2010 [mimeo].

\_\_\_\_\_. “Grande exclusão e urgência social — Cuidar dos moradores de rua em Paris”. **Contemporânea**. 3(2): 265-286, jul/dez, 2013.

CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano: artes do fazer** (vol. 1). Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

COELHO, Isabel; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. “Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública”. **Saúde debate**, 38 (101):359-367, abr-jun, 2014.

COHN, Amélia. “A questão social no Brasil: a difícil construção da cidadania”. In: MOTTA, Carlos Guilherme. **Viagem Incompleta: a experiência brasileira**. São Paulo: SENAC, 2000.

COSTA, Maria Clélia Lustosa. “A cidade e o pensamento médico: uma leitura do espaço urbano”. **Mercator - Revista de Geografia da UFC**, 01(02):61-69, 2002.

COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas urbanas e controle social: origens das políticas de saúde no Brasil**. Petrópolis: Vozes, Abrasco, 1985.

CÔRTEZ, Soraya Vargas (org.). Dossiê Comitês de Ética em Pesquisa: caminhos e descaminhos teórico-metodológicos. **Revista Brasileira de Sociologia**. 03(05): Jan./Jun./2015.

COUTINHO, Priscila. “A má-fé da Justiça”. In: SOUZA, Jessé de (org.). **A ralé brasileira: quem é, como vive**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. “Ainda o Juquery: notas para um (velho) debate”. **Lua Nova**, São Paulo, 3(4):80-86, Jun., 1987.

CUNHA, Neiva Vieira da. **Viagem, Experiência e Memória: narrativas profissionais da Saúde Pública nos anos 1930**. Bauru-SP: Edusc, 2005.

CUNHA, Neiva Vieira da; FELTRAN, Gabriel de Santis (orgs.). **Sobre periferias: novos conflitos no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Lamparina: FAPERJ, 2013.

DAGNINO, Evelina; TATAGIBA, Luciana. **Democracia, sociedade civil e participação**. Chapecó: Argos, 2007.

DANNER, Fernando. “O sentido da Biopolítica em Michel Foucault”. **Revista Estudos Filosóficos**, nº 4 /2010.

DAS, Veena; POOLE, Deborah. “El estado y sus márgenes: Etnografías comparadas”. **Cuad. Antropol. Soc.**, Buenos Aires, 27:19-52, jul. 2008.

DIWAN, Pietra. **Raça Pura: uma história da eugenia no Brasil e no mundo**. São Paulo: Contexto, 2014.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L. **Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

ESCOREL, Sarah. **Vidas ao Léu: trajetórias de exclusão social**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

\_\_\_\_\_. “As origens da Reforma Sanitária e do SUS”. In: LIMA, N.T. et al. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. FioCruz, 2005.

FAUSTO, Boris. **História do Brasil**. São Paulo: EdUSP: Fundação do Desenvolvimento da Educação, 1995.

\_\_\_\_\_. **Crime e cotidiano: a criminalidade em São Paulo (1880-1924)**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

FASSIN, Didier. “Politique des corps et gouvernement des villes: la production locale de la santé publique”. In : \_\_\_\_\_. (Org.). **Les figures urbaines de la santé publique**. Paris: La Découverte, 1998. p.7-46.

\_\_\_\_\_. “Exclusion, underclass, marginalidad. Figures contemporaines de la pauvreté urbaine en France, aux Etats Unis et en Amérique latine”. **Revue française de sociologie**, 37(1):37-75. 1996. Disponível em: [http://www.persee.fr/doc/rfsoc\\_0035-2969\\_1996\\_num\\_37\\_1\\_7079](http://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1996_num_37_1_7079)>. Acesso em: 01 jul.2017.

FELTRAN, Gabriel. **Fronteiras de tensão: política e violência nas periferias de São Paulo**. São Paulo: Editora UNESP: CEM: Cebrap, 2011.

FERLA, Luis. **Feios, sujos e malvados sob medida: a utopia médica do biodeterminismo, São Paulo (1920-1945)**. São Paulo: Alameda Editorial, 2009.

FLEISCHER, Soraya; SCHUCH, Patricie (ors.). **Ética e regulamentação na pesquisa antropológica**. Brasília: Ed. Letras Livres: Ed. UnB, 2010.

FOOTE-WHYTE, William. **Sociedade de Esquina: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

FOUCAULT, Michel. “O nascimento da medicina social”. In: \_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979, pp. 79-98.

\_\_\_\_\_. **A Verdade e as Formas Jurídicas**. Rio de Janeiro. NAU Editora, 2003.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

\_\_\_\_\_. **Segurança, Território e População**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

\_\_\_\_\_. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

\_\_\_\_\_. **Os Anormais**. São Paulo: WMF, Martins Fontes, 2010.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade 1. A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2012.

\_\_\_\_\_. “De espaços outros”. **Estudos Avançados**, São Paulo, 27(79):113-122, 2013.

FRANGELLA, Simone Miziara. “Fragmentos de corpo e gênero entre meninos e meninas de rua”. **Cadernos Pagu**, (14): 201-234, 2000.

FREITAS, Lorena. “A instituição do fracasso: A educação da ralé”. In: SOUZA, Jessé de (org.). **A ralé brasileira: quem é, como vive**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009.

FONTES, Virgínia. “Capitalismo, Exclusões e Inclusão Forçada”. **Tempo**, 2(3): 34-58, 1996.

FUGANTI, Luiz. “Biopolítica e produção de saúde: um outro humanismo?”. **Interface: comunicação, Saúde, Educação**. 13(I): 667-79, 2009.

FURTADO, Juarez Pereira. “Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS”. **Ciência & Saúde Coletiva**. 11(3):785-795, 2006.

GARDELLA, Édouard. “A urgência como cronopolítica: o abrigo para pessoas em situação de rua”. In: RUI, Taniele; MARTINEZ, Mariana; FELTRAN, Gabriel (orgs.). **Novas faces da vida nas ruas**. São Carlos EdUFSCar, 2016.

GEORGES, Isabel Pauline Hildegard; SANTOS, Yumi Garcia dos. **As novas políticas sociais brasileiras na saúde e na assistência: produção local dos serviços e relações de gênero**. Belo Horizonte: Fino Trato Editora, 2016.

GERSCHMAN, Sílvia. **A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Ed. UNESP, 1991.

GOFFMAN, Irving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

HIGA, Gustavo Lucas; ALVAREZ, Marcos César. “Pânico moral e políticas prisionais: revisando o conceito para uma análise sociológica”. In: **Anais do 8º. Seminário Nacional Sociologia e Política**. 2017. Disponível em: <[http://e-democracia.com.br/sociologia/anais\\_2017/pdf/GT03-21.pdf](http://e-democracia.com.br/sociologia/anais_2017/pdf/GT03-21.pdf)>. Acesso em: 14 set. 2017.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998.

HORTA, Filipe Moreno. **Dia de rebelião: as margens do Estado no cotidiano civil-prisional da Ilha Anchieta (1942-1955)**. 2013. 161f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Sociais. Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Rio de Janeiro, 2013.

HUNTINGTON, Samuel. **A terceira onda: a democratização no final do século XX**. São Paulo: Ática, 1994.

IANNI, Octavio. **Pensamento Social no Brasil**. Bauru, SP: EDUSC, 2004.

IVO, Anete Brito Leal. “Questão social e questão urbana: laços imperfeitos”. **Cad. CRH**, 23(58):17-33, Abr.2010.

\_\_\_\_\_. (coord.). **Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social: 81 problemáticas contemporâneas**. São Paulo: Annablume; Brasília CNPq; Salvador: Fapesb, 2013.

JOBERT, Bruno; MULLER, Pierre. **L'État en Action: Politiques Publiques et Corporatismes**. Paris: Presses Universitaires de France, 1987.

JUSTO, José Sterza; NASCIMENTO, Eurípedes Costa do. “Vidas errantes e alcoolismo: uma questão social”. **Psicologia: Reflexão Crítica**, 13 (3), 2000.

JUSTO, José Sterza. **Andarilhos e trecheiros: errância e nomadismo na contemporaneidade**. Maringá: Eduem, 2011.

\_\_\_\_\_. **Vidas errantes: políticas de mobilidade e experiências de tempo-espaço**. Londrina: Eduel, 2012.

KLEBA et al. “Práticas de reorientação na formação em saúde: relato de experiência da universidade comunitária da região de Chapecó”. **Cienc. Cuid. Saúde**, 11(2): 408-414, 2012.

KUSCHNIR; CHORNY. “Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate”. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2307-2316, 2010.

LANNA, Marcos Pazanese Duarte. **A dívida divina: troca e patronagem no nordeste brasileiro**. Campinas: Editora da Unicamp, 1995.

LAPLANTINE, François. **Aprender Antropologia**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

LEAL, Victor Nunes. **Coronelismo, enxada e voto: o município e o regime representativo no Brasil**. São Paulo Companhia das Letras, [1948] 2012.

LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina, M. O.; HOCHMAN, Gilberto. “A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica”. In: LIMA, Nísia Trindade *et al.* **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

LOTTA, Gabriela Spanghero. “O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade”. In: FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (org). **Implementação de Políticas Públicas. Teoria e Prática**. Editora PUCMINAS, Belo Horizonte, 2012.

LUNA, Lara. ““Fazer viver, deixar morrer”: a má-fé da saúde pública no Brasil”. In: SOUZA, Jessé de (org.). **A ralé brasileira: quem é, como vive**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009.

MACPHERSON, Crawford Brough. **Ascensão e queda da justiça econômica**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

MAGALHÃES, Alexandre. “Entre o Legal e o Extralegal: a reatualização da remoção de favelas no Rio de Janeiro”. **Rev. Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, 14(1):119-133, mai. 2012.

MAGNI, Claudia Turra. **Nomadismo urbano: uma etnografia sobre moradores de rua em Porto Alegre**. 1994. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – PPGAS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

MALFITANO, Ana Paula; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira; LOPES, Roseli Esquerdo. “Um relato de vida, um caminho institucional: juventude, medicalização e sofrimentos sociais”. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. 15(38): 701-714, 2011.

MARSHALL, Theodore Risenhoover. **Política Social**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967a.

\_\_\_\_\_. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967b.

MARTINS, José de Souza. **Exclusão Social e a Nova Desigualdade**. São Paulo: Paulus, 1997.

\_\_\_\_\_. **A Sociedade Vista do Abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MARTINS, Humberto Falcão. “Em Busca de uma Teoria da Burocracia Pública Não-Estatal: política e Administração no Terceiro Setor”. **RAC**, v.2, n.3, Set./Dez. 1998: 109-128.

MARTINS, Silvia Helena Zanirato. **Artífices do ócio: mendigos e vadios em São Paulo (1933-1942)**. 1996. 409f. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 1996.

\_\_\_\_\_. “A representação da pobreza nos registros de repressão: metodologia do trabalho com fontes criminais”. **Revista de História Regional**, Verão, 1998.

MARTINEZ, Mariana Medina; PEREIRA, Luiz Fernando de Paula; BARBOSA, Aline Ramos; OLIVEIRA, Luciano Márcio de Freitas; PAZZINI, Domila do Prado. “A produção e a gestão da população de rua: a trajetória de Luciene”. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, 7 (4): 741-767, out/nov/dez/2013.

MARTINEZ, Mariana Medina. **Andando e parando pelo trecho: uma etnografia de rua em São Carlos**. 2011. 166f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

\_\_\_\_\_. **Redes do cuidado: etnografia de aparatos de gestão intersetorial para usuários de drogas.** 2016. 292f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

MATTOS, Ricardo Mendes; FERREIRA, Ricardo Franklin. “Quem vocês pensam que (elas) são? - Representações sobre as pessoas em situação de rua”. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, 16(2), 2004.

MATTOS, Ricardo Mendes. **Situação de rua e modernidade: a saída das ruas como processo de criação de novas formas de vida na atualidade.** 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade São Marcos, São Paulo.

MELO, Natália Maximo e. **A esmola e a rede de proteção: um estudo de instituições assistenciais para as pessoas que vivem nas ruas.** 2016. 391f. Tese (Doutorado Sociologia) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza; COIMBRA Jr., Carlos Everardo. **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.** Manguinhos/RJ: Fiocruz, 2005.

MISKOLCI, Richard. “Reflexões sobre normalidade e desvio social”. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, 13/14: 109-126, 2002/2003.

MISSE, Michel. “Crime, sujeito e sujeição criminal: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria “bandido””. **Lua Nova**, São Paulo, 79: 15-38, 2010.

MOTA, André. **Quem é bom já nasce feito: sanitarismo e eugenia no Brasil.** Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

MYRDALL, Gurnar. “Les aspects économiques de la santé”. **Chronique de l'organisation Mondiale de la Santé**, 6(7-8):224-242, 1952.

NABUCO, Joaquim Aurélio Barreto. **O abolicionismo.** São Paulo: Penguin: Companhia das Letras, 2011.

NASSER, Ana Cristina Arantes. **Nomadismo Urbano: uma etnografia sobre moradores de rua em Porto Alegre.** Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.

\_\_\_\_\_. **“Sair para o Mundo”:** trabalho, família e lazer – relações e representação na vida dos excluídos. 1996. Tese (Doutorado) – Departamento de Sociologia. Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas – Universidade de São Paulo.

NEVES, Delma. “Mendigo: o trabalhador que não deu certo”. **Ciência Hoje**, ano 1, n.4, p.28-36, jan-fev, 1983.

NUNES, Matheus Caracho. **Firmes nos propósitos: etnografia da internação de usuários de drogas em comunidades terapêuticas.** 2016. 138f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

OLIVEIRA, Jaime Antônio de Araújo; TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. **(Im)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes (Rio de Janeiro): Abrasco, 1985.

OLIVEIRA, Luciano Márcio de Freitas. **Circulação e fixação: o dispositivo de gerenciamento dos moradores de rua em São Carlos e a emergência de uma população**. 2012. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

\_\_\_\_\_. **Caminhos e descaminhos da proteção à população de rua: um estudo da nova formatação da Política de Assistência Social**. 2017. 208f. Relatório de Qualificação (Doutorado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2017.

PAGOT, Angela Maria. **O louco, a rua, a comunidade: as relações da cidade com a loucura em situação de rua**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

PAIM, Jairnilson da Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

\_\_\_\_\_. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

\_\_\_\_\_. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. 2009. 300f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009.

PATTO, Maria Helena Souza. “Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos pobres”. **Estudos Avançados**, São Paulo, 13(35):167-198, Abr. 1999.

PEREIRA, José Carlos de Medeiros. **Medicina, saúde e sociedade**. Ribeirão Preto: Complexo Gráfico Villimpress, 2003.

PEREIRA, Luiz Fernando de Paula. **No labirinto da gestão: notas sobre moradores de rua e trabalhadores da Assistência Social**. 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2013.

PORTOCARRERO, Vera. **As Ciências da vida. De Canguilhem a Foucault**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

REVEL, Judith. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Claraluz, 2005.

RIZEK, Cibele Saliba; GEORGES, Isabel Pauline Hildergard. “Gestão da Pobreza”. In: IVO, Anete Brito Leal (coord.). **Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social: 81 problemáticas contemporâneas**. São Paulo: Annablume; Brasília CNPq; Salvador: Fapesb, 2013.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu do Corpo**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.



RODRIGUES, Raymundo Nina. **As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisa Social, [1894] 2011.

ROSA, Cleisa Maffei (org.). **População de Rua: Brasil e Canadá**. São Paulo: Hucitec, 1995.

ROSANVALLON, Pierre. **A Crise do Estado-Providência**. Goiânia: Ed. da UFG; Brasília: Ed. da UnB, 1997.

ROSEN, George. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec; Ed.UNESP; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

RUI, Taniele. **Nas tramas do crack: etnografia da abjeção**. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

\_\_\_\_\_. “Depois da “Operação Sufoco”: sobre o espetáculo policial, cobertura midiática e direitos na “Cracolândia” paulistana. **Revista Contemporânea**, 3(2): 287-310, jul.-dez. 2013.

RUI, Taniele; MARTINEZ, Mariana; FELTRAN, Gabriel (orgs.). **Novas faces da vida nas ruas**. São Carlos EdUFSCar, 2016.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Ed. Campos, 1994.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Edusp, 2008.

SANTOS, Emanuelle da Silva. “Maternidade e bebê no mito social do Crack”. In: **Anais do 7º.Seminário Nacional Sociologia e Política**. 2016. Disponível em:<[http://e-democracia.com.br/sociologia/anais\\_2016/pdf/GT02-05.pdf](http://e-democracia.com.br/sociologia/anais_2016/pdf/GT02-05.pdf)>. Acesso em: 14 jul. 2017.

SCHALL, Virgínia T.; STRUCHINER, Miriam. “Educação em saúde: novas perspectivas”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(2):S4-S6, 999.

SCHRAIBER, Lilia Blima. et al. “Planejamento, gestão e avaliação em saúde”. **Ciênc.&Saúde Coletiva**, 4 (2): 221-241, 1999.

SCLIAR, Moacyr. “História do Conceito de Saúde”. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

SÉMELIN, Jacques. **Purificar e destruir: usos políticos dos massacres e dos genocídios**. Rio de Janeiro: DIFEL, 2009.

SEVCENKO, Nicolau. **Revolta da Vacina**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

SOUZA, Jessé de (org.). **A ralé brasileira: quem é, como vive**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009.

SOUZA, Luís Antônio Francisco. “Polícia, classe trabalhadora e delinquência na Primeira República: um debate a ser refeito”. **Plural**. 1:17-35. 1º. Semestre. 1994.

\_\_\_\_\_. “Ordem social, Polícia Civil e justiça criminal: a cidade de São Paulo (1889-1930)”. **Revista de História** 162. 179-204. 1º semestre. 2010.

SOUZA, Isabela Pilar Moraes Alves de; JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. “Educação em Saúde e suas versões na História brasileira”. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 33(4):618-627, out./dez. 2009.

STOFFELS, Marie-Ghislaine. **Os Mendigos na Cidade de São Paulo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

STRAPASSON, Karoline; BECKERS, Amanda Carolina Buttendorff Rodrigues. “Os diferentes discursos e tratamentos do estado brasileiro à situação de rua”. In: **Anais do 7º.Seminário Nacional Sociologia e Política**. 2016. Disponível em: < [http://e-democracia.com.br/sociologia/anais\\_2016/pdf/GT03-57.pdf](http://e-democracia.com.br/sociologia/anais_2016/pdf/GT03-57.pdf)>. Acesso em: 14 jul.2017.

VELHO, Gilberto “O estudo do comportamento desviante: a contribuição da Antropologia Social”. In: \_\_\_\_\_. **Desvio e divergência – uma crítica da patologia social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

VIEIRA, Maria Antonieta da Costa et al. **População de Rua: quem é, como vive, como é vista**. São Paulo: Hucitec, 2004.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. “O nativo relativo”. **Mana**, Rio de Janeiro, 8(1):113-148, Abr. 2002.

WOLKMER, Antônio Carlos. **Constitucionalismo e direitos sociais no Brasil**. São Paulo: Acadêmica, 1989.

ZALUAR, Alba. **A máquina e a revolta**. São Paulo: Brasiliense, 2000.

\_\_\_\_\_. “Exclusão Social e Políticas Públicas: dilemas teóricos e alternativas políticas”. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. 12 (35), 1997.

#### ❖ Documentos oficiais e legislação

BRASIL. **Código Penal de 1890**. Decreto nº 847 de 11 de outubro de 1890. Disponível em:< <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=66049>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

BRASIL. **Constituição de 1934**. *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934*. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1930-1939/constituicao-1934-16-julho-1934-365196-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 27 jun. 2007.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 27 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 02 jul.2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS**. 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. META – Instituto de Pesquisa de opinião. **Sumário Executivo Pesquisa Nacional de População em Situação de Rua**. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **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*.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Brasília: MS; MEC, 2005.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Último acesso em: 14 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)>. Último acesso em: 25 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012**. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.238, de 25 de junho de 2014**. Fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Departamento de ações programáticas estratégicas. Coordenação de área técnica de Saúde Mental. **Nota Técnica Conjunta/2012**. Adequação dos Consultórios de Rua e Implantação de Novas Equipes de Consultório na Rua frente às

diretrizes de funcionamento das equipes de Consultório na Rua, estabelecidos pelas portarias 122 e 123, de 25 de janeiro de 2012.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde da população em situação de rua**. Brasília-DF, 2012.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Portaria nº 4.279, de 30/12/2010**. “Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Gabinete do Ministro. **Portaria no. 204, de 17 de fevereiro de 2017**. “Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências”. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204\\_17\\_02\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html)>. Acesso em: 14 set. 2017.

FERREIRA, Stela da Silva. **NOB-RH Anotada e Comentada**. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011.

PEREIRA, Ana Lucia. et al. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JABOTICABAL. **Lei Municipal nº 2.382, de 22 de julho de 1995**. Institui a Casa Transitória para abrigo da população de rua.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 3.279, de 03 de julho de 1995**. Dispõe sobre denominação da Casa Transitória para abrigo da população de rua.

### ❖ Documentário

MOORE, Michael. **Sicko: SOS Saúde**. Documentário. 2h03min. 2007.

### ❖ Jornais

JABOTICABAL NEWS. Principal via de entrada e saída de Jaboticabal recebe apelido de Cracolândia. Disponível em: <<https://jaboticabalnews.wordpress.com/2012/09/16/principal-via-de-entrada-e-saida-de-jaboticabal-recebe-apelido-de-cracolandia-2/>>. Acesso em: 01 jul.2017.

SILVA, Joel. Praça Princesa Isabel, com a estátua de Duque de Caxias, é a nova cracolândia, no centro de SP. Folha Press. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/06/1891953-curiosidade-problema-afetivo-e-drama-familiar-levaram-usuarios-ao-crack.shtml>>. Acesso em: 12 jun.2017.

VILLELA, Gustavo. “Lei de 1941 considera ociosidade crime e pune ‘vadiagem’ com prisão de 3 meses”. **Jornal O Globo**. Disponível em: <<http://acervo.oglobo.globo.com/em-destaque/lei-de-1941-considera-ociosidade-crime-pune-vadiagem-com-prisao-de-3-meses-14738298#>>. Acesso em: 30.06.2017.

❖ **Sites:**

**Observatório Crack – é preciso vencer:**

<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>