

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

PAULO ROBERTO PEREIRA DA SILVA FILHO

**A POPULAÇÃO DE RUA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS:
racialidade e sujeito de direitos nas memórias-documentos de saúde**

Recife

2023

PAULO ROBERTO PEREIRA DA SILVA FILHO

**A POPULAÇÃO DE RUA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS:
racialidade e sujeito de direitos nas memórias-documentos de saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Wanderson Vilton Nunes da Silva

Recife

2023

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

S586p Silva Filho, Paulo Roberto Pereira da.
A população de rua nas políticas públicas : racialidade e sujeito de direitos nas memórias-documentos de saúde / Paulo Roberto Pereira da Silva Filho. – 2023.
113 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Wanderson Vilton Nunes da Silva.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2023.
Inclui referências e anexos.

1. Psicologia. 2. Política pública. 3. População em situação de rua. 4. Saúde. 5. Racismo. I. Silva, Wanderson Vilton Nunes da (Orientador). II. Título.

150 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2024-112)

PAULO ROBERTO PEREIRA DA SILVA FILHO

**A POPULAÇÃO DE RUA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS:
racialidade e sujeito de direitos nas memórias-documentos de saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Aprovado em: 27/07/2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Wanderson Vilton Nunes da Silva (Presidente-Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Simone Maria Hüning (Examinadora externa)
Universidade Federal de Alagoas

Profa. Dra. Maria Lúcia Chaves Lima (Examinadora externa)
Universidade Federal do Pará

Jailson José dos Santos (Examinador convidado)
Movimento Nacional da População de Rua - Pernambuco

AGRADECIMENTOS

À minha esposa e grande companheira, Monaliza Nascimento, pela força dada para que eu pudesse cursar um mestrado, que aconteceu em um dos momentos mais difíceis de minha vida, atravessado por uma pandemia. Obrigada por jamais permitir que eu desistisse desse sonho. Sabes bem que és e sempre serás fundamental na minha vida.

À minha mãe, Jô Barbosa, que foi a primeira pessoa da minha família a ter um curso superior. Obrigada por sempre ter me dado apoio e me mostrado a importância dos estudos para a minha vida.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Wanderson Silva, pelo grande apoio, orientação, paciência e dedicação em todo o processo. Agradeço pelo cuidado nos momentos de maiores angústias dessa jornada tão complexa e importante para minha formação acadêmica, pessoal e profissional. Minha admiração e meu muito obrigado por tê-lo comigo nessa jornada.

Ao meu pai que, junto a minha mãe, me deu possibilidades e apoio para me tornar psicólogo.

Aos meus avós, maternos e paternos (*in memoriam*), que mesmo sem a oportunidade de terminar o ensino fundamental, sempre me mostraram a importância dos estudos.

Às professoras, Dra. Simone Hüning e Dra. Maria Lúcia, pela disponibilidade, atenção e o cuidado que tiveram desde o projeto de qualificação da pesquisa de mestrado até a defesa. Obrigada por todas as contribuições para a pesquisa.

Ao grupo de estudo e pesquisa Políticas e Sabores, criado pelo Prof. Dr. Wanderson Silva, que tanto me deu suporte na minha trajetória acadêmica.

Às minhas/meu companheiras/o de estudo e trajetória no Políticas e Sabores, Maryana, Luana, Laísse e Erivanderson, que me apoiaram na jornada do mestrado.

À minha família que sempre esteve comigo nos perrengues da vida; que sempre se apresenta como ouvido disponível às minhas angústias, e que bem sabem das dores e alegrias de estudar/realizar uma pesquisa (infelizmente sem bolsa de estudos) na capital e morar no interior; ao mesmo tempo em que preciso trabalhar para manter-me no mestrado.

Deixo meu agradecimento aos/às usuários/as dos serviços nos quais passei e no qual hoje faço parte, que vivenciaram e ainda vivenciam o morar nas ruas do país e do Estado de Pernambuco, que me despertaram e direcionaram para a minha atual trajetória no mestrado. São para os/as

senhores/as que realizei a presente pesquisa.

Agradeço também aos/às meus/minhas amigos/as e colegas de trabalho, que me dividem com a minha formação acadêmica e que me apoiam no meu fazer na ponta, tão importante e imbricado no meu fazer acadêmico.

Toda a rua é encantada
Pelos versos que traz a poesia
Os sujeitos que por ali andam
Andam com brilho e luzia
Um espaço de vidas e trocas
A rua é lugar de travessia
Mas nem tudo é encanto
Há também os que tem pressa
Uns correm muito agoniados
Contra uma violência abessa
Destinada para pessoas
Que sem escolha estão nessa
São aos que vivem nas ruas
Que esse cordel se é feito
Basta de mais dor, violência
E tiros de borracha no peito
A luta nunca foi com fogo
Ela é por equidade e direito!
(Autoria própria, 2023)

RESUMO

Nesta dissertação temos por objetivo analisar a produção discursiva nos documentos públicos publicizados pelo governo brasileiro entre 2010 e 2021 em torno do aparecimento da População em Situação de Rua como sujeitos de direitos nas políticas públicas de saúde do país. Colocamos em análise a produção discursiva nos documentos públicos disponibilizados pelo governo brasileiro entre 2010 e 2021 em torno do aparecimento da População em Situação de Rua como sujeitos de direitos nas políticas públicas de saúde e assistência social do país. Partimos de documentos de domínio público construídos e disponibilizados pelo Ministério da Saúde: manual, folder, cartilha, cartaz, folheto e nota técnica. A partir deles, visibilizamos os discursos produzidos pelo Estado, que constroem discursos-práticas sobre os direitos dessa população. No trabalho analítico, algumas questões-problemas nos conduziram: como se dá o acesso dessa população em serviços de saúde pública? Como o discurso de raça e pobreza institui sujeitos inferiores no discurso médico eugenista na modernidade? Com uma população de pessoas majoritariamente negras, a população em situação de rua enfrenta diversos desafios, pois o racismo, a partir do dispositivo da racialidade opera interdições às políticas públicas de saúde, sendo o acesso aos equipamentos uma das principais dificuldades. Ambientes hostis, poucos acolhedores, práticas profissionais preconceituosas e violações de direitos são discursos-práticas levantados e corriqueiramente repetidos pelas produções discursivas analisadas. É evidente a urgência de profundas mudanças estruturais. Micropolíticas, no entanto, são as saídas mais apontadas pelas produções discursivas. Criação de serviços de atenção voltados à população em situação de rua e interlocução saúde-assistência social através da intersetorialidade, para garantia de efetivação de direitos; aponta-se não mais a sujeitos abdicados de direitos da sociedade civilizada e à margem da sociedade - em que as políticas de saúde pouco consideravam a pensar sobre: a população em situação de rua emerge como uma população que luta por direitos, organizando-se coletivamente.

Palavras-chave: população em situação de rua; políticas públicas; saúde; racismo; sujeito de direitos.

ABSTRACT

The objective of this thesis is to analyze the discursive production in the public documents published by the Brazilian government between 2010 and 2021 regarding the appearance of People Living on the Streets as subjects of rights in health public policies in Brazil. We analyze the discursive production in the public documents published by the Brazilian government between 2010 and 2021 regarding the appearance of People Living on the Streets as subjects of rights in health and social welfare public policies in the country. We began by gathering public domain documents drafted and published by the Ministry of Health of Brazil: manuals, folders, booklets, banners, leaflets, and technical notes. From these, we observed the discourses produced by the State, which create discourses-practices about the rights of this population. Some problem questions guided our analysis: how do these people access public health services? How do the race and poverty discourse create inferior individuals under the modern eugenicist medical discourse? As a population comprised mostly of Black people, people living on the streets face several challenges. Through the racial mechanism, racism creates barriers to public health policies, in which poor access to services is one of the key issues. Hostile, unwelcoming environments, professional practices that carry prejudices, and violations of rights are examples of discourses-practices that were brought up and commonly repeated by the discursive productions analyzed. Although deep structural changes are urgently needed, micro policies are the solutions most frequently cited by the discursive productions. The creation of care services aimed at people living on the streets and the connection between health and social welfare through intersectoriality to guarantee rights. It no longer refers to individuals who are deprived of the rights of the civilized society and marginalized - a population to which public health policies paid little attention. The people living on the streets emerge as a group that fights for its rights and organizes collectively.

Keywords: people living on the streets; public policies; health; racism; subject of rights.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Materiais levantados e utilizados na análise discursiva	24
Figura 1 -	Esquema da estruturação do Consultório na Rua	27
Quadro 2 -	Descrição das exigências metodológicas a partir de quatro princípios	34
Quadro 3 -	O que é o Estigma; estigmatizado desacreditado; e o estigmatizado desacreditável	42
Quadro 4 -	O que são o estereótipo; o preconceito; a discriminação	45
Quadro 5 -	Conceitos discutidos por Silvio Almeida sobre racismo, preconceito racial e discriminação racial	47
Quadro 6 -	Conceitos discutidos por Silvio Almeida sobre Racismo Estrutural; Racismo Institucional; e Racismo Individual	48
Quadro 7 -	Trechos do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID	72
Figura 2 -	Poesia escrita por Carlos Eduardo Ramos	81
Figura 3 -	Imagem utilizada pelo Ministério da Saúde para representar a Pop RUA	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	ATENÇÃO BÁSICA
ALBERGUE MUNICIPAL DE CARUARU	CENTRO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA PESSOAS E FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE RUA
BVS	BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE
CNS	8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
eCR	EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA
LOAS	LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL
MDSCF	MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME
MPNR	MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
PEC	PROPOSTA DE EMENDA CONSTITUCIONAL
Pop Rua	POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA
PROGRAMA ATITUDE	PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE DROGAS E SEUS FAMILIARES
PSR	PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA
PT	PARTIDO DOS TRABALHADORES
RAPS	REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
SE	SECRETARIAS DE ESTADO
SPA	SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS
SPVD	SECRETARIA DE POLÍTICAS DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA E AS DROGAS
SUAS	SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UBS	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
UPA	UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

SUMÁRIO

1	HISTÓRIAS COMPARTILHADAS COM A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: trajetória profissional, compromisso social e a construção de uma pesquisa	13
1.1	CUIDADO EM SAÚDE PARA OS CORPOS INDÓCEIS.....	16
1.2	A POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA ENQUANTO ACONTECIMENTO: problematizações e objetivos da pesquisa.....	18
2	ENTRE DOCUMENTOS E DISCURSOS: produção de sujeitos de direitos.....	23
2.1	BREVE DESCRIÇÃO DOS DOCUMENTOS REUNIDOS.....	25
2.2	O SUJEITO DE DIREITOS NA BIOPOLÍTICA DE MICHEL FOUCAULT	30
2.3	A ANÁLISE DE DISCURSO FOUCAULTIANA EM DOCUMENTOS	32
3	PARA ALÉM DE UMA REVISÃO CONCEITUAL: estigma, preconceito e racismo estrutural.....	36
3.1	“ELE É USUÁRIO DO ATITUDE, NÉ!?”: Narrativas sobre uma vivência	36
3.2	O ESTIGMA E O SUJEITO ESTIGMATIZADO	41
3.3	O PRECONCEITO E A REVERBERAÇÃO NO SUJEITO	43
3.4	RACISMO ESTRUTURAL: racismos impregnados nas estruturas	46
3.5	VIDAS INFAMES: sujeitos exasperados por relatos de outros	50
4	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO DE RUA NO BRASIL: algumas lutas por governo.....	54
4.1	O A PRIORI HISTÓRICO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E A PROTEÇÃO SOCIAL NA MODERNIDADE	55
4.1.1	Movimento Nacional da População de Rua e as Políticas Públicas	58
4.1.2	População em Situação de Rua e as Políticas Públicas	61
4.2	O ESTADO NAS FORMAS DE FAZER VIVER E DEIXAR MORRER AQUELAS/ES QUE VIVEM NAS RUAS	62
4.3	GOVERNAMENTO: o estado brasileiro nas políticas públicas aos que vivem nas ruas	67

4.4	O CONTEXTO PANDÊMICO DA COVID-19 E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL.....	70
5	A PRODUÇÃO DISCURSIVA NAS POLÍTICAS DE SAÚDE SOBRE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL	73
5.1	POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: práticas que barram o acesso aos serviços de saúde	74
5.2	POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: o discurso da raça e da pobreza como produtora de sujeitos inferiores	81
5.3	DESPERTA-SE OUTROS SUJEITOS NA POLÍTICA DE SAÚDE: da invisibilidade ao direito	87
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
	REFERÊNCIAS.....	97
	ANEXO A – LINKS DE ACESSO AOS DOCUMENTOS PÚBLICOS UTILIZADOS NA PESQUISA	107
	ANEXO B – CAPA - Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua	108
	ANEXO C – CAPA – Saúde da População em Situação de Rua - Uma questão de equidade.....	109
	ANEXO D – CAPA – Saúde da População em Situação de Rua: Um direito Humano	110
	ANEXO E – CAPA – Cuidar bem da saúde da população em rua. Faz bem para os brasileiros. Faz bem para o Brasil.....	111
	ANEXO F – CAPA – Síntese de evidências para políticas de saúde – Adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua.....	112
	ANEXO G – CAPA – Prevenção ao Covid-19 no âmbito das equipes de consultórios na rua	113

1 HISTÓRIAS COMPARTILHADAS COM A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: trajetória profissional, compromisso social e a construção de uma pesquisa

Esta dissertação, que em um determinado momento foi apenas um punhado de ideias provocadoras, permeadas por angústias e revoltas, sempre foi atravessada pelo compromisso social¹ que tenho com a população em situação de rua. Compromisso este que fui construindo ao longo dos anos na minha trajetória profissional como psicólogo da rede de atenção socioassistencial na cidade de Caruaru, localizada no interior do Estado de Pernambuco. Desde 2016, – e desde o meu primeiro emprego, cabe ressaltar, pois apesar de ter me formado em 2014, só consegui emprego em 2016 – trabalho com pessoas em situação de rua e em vulnerabilidade social.

Por cerca de um ano, atuei no Centro de Acolhimento Institucional Para Pessoas e Famílias em Situação de Rua (Albergue Municipal de Caruaru). Em seguida, adentrei no Programa ATITUDE (Programa de Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus familiares), que é uma iniciativa do governo do Estado de Pernambuco. Também prestei consultoria para a Secretaria de Saúde de Caruaru, para um serviço direcionado às crianças e adolescentes de 12 a 18 anos que faziam uso de substâncias psicoativas, em sua maioria com trajetórias de situação de rua, perfil comum com os/as usuários/as do ATITUDE. Porém, neste último equipamento citado, o ATITUDE, os/as que se utilizam são maiores de idade. Desta forma, já são quase oito anos de atuação junto a esta população, a partir da qual acompanhei e acompanho os diversos desafios e problemáticas que atravessam essas pessoas.

Ao longo dessa trajetória, muitos foram os incômodos que me atravessaram, principalmente na rede de saúde da minha cidade. Foram as mais diversas formas de violências, violações, preconceitos e discriminações, que marcaram não só a vida dos/as usuários/as dos serviços que passei, mas a minha também. Obviamente, de modos totalmente diferentes, pois além de ocuparmos espaços sociais distintos, as violências eram direcionadas aos usuários dos serviços, não a mim. Como profissional – e comprometido socialmente com esta população e com a área em que atuo –, cabia a indignação e as intervenções para criar estratégias de enfrentamento para tentar garantir os direitos à saúde que por ventura eram negados a esta

¹ A autora Mariana Prioli Cordeiro (2018) traz alguns apontamentos sobre a noção de compromisso social no âmbito da Psicologia Brasileira. No artigo, a autora não tem a pretensão de apresentar uma conceituação única e generalista sobre o conceito, mas sim demarcar a polissemia que envolve o seu uso. Em sua pesquisa, aponta que é comum que o uso do conceito de compromisso social indique um projeto ético-político, e que na maioria das vezes as discussões sobre compromisso social estão associadas aos direitos humanos e com as pessoas em condições de vulnerabilidade social e de pobreza.

população, inclusive por profissionais de saúde.

Muitas foram as situações em que observei entraves no acesso dos usuários dos equipamentos que trabalhei aos serviços de saúde da cidade, principalmente das pessoas que estavam em situação de rua. Como resultado, era comum que vários usuários apresentassem resistência para acessar a rede de saúde sozinhos, nos informando que só iriam aos serviços de saúde se fossem acompanhados por um profissional da instituição em que estavam acolhidos. A partir disso, em vários momentos acompanhei usuários/as na rede de saúde no município, e estes nem sempre eram vistos como sujeitos de direitos.

Apesar de terem sido muitas vivências, algumas me chamaram mais atenção. Uma delas foi com um usuário do Albergue Municipal de Caruaru. Este usuário sofreu violência física em um território distante do Albergue, porém, nas proximidades de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). A partir do seu relato, descobrimos que a distância entre o ponto onde a violência ocorreu e a UPA era de menos de um quilômetro. Já o albergue, ficava muito mais distante - em outro bairro. Era necessário cruzar a cidade para chegar nele.

Porém, isso não impediu o usuário de buscar cuidados de saúde no próprio Albergue - um serviço do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) -, e não nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta ocasião, acompanhamos o usuário até uma unidade de saúde, pois com nossa presença, ele se sentiu mais confortável em acionar o serviço de saúde.

Sabemos que acionar os equipamentos do SUAS pode ser um caminho possível para acessar outros serviços, inclusive os da rede de saúde, bem como pode ocorrer ao contrário, o SUS ser um facilitador para o SUAS. A intersetorialidade é importante e efetiva, porém, nesse caso relatado, foi perceptível que o Albergue foi acionado porque não estava confortável de procurar um serviço de saúde sozinho. Todavia nas discussões que faremos nos próximos capítulos, desenvolveremos em profundidade as razões que geralmente aparecem através do preconceito, da discriminação e da violência que estes usuários vivenciam nos serviços de saúde, o que faz com que os referidos percebam esses ambientes como hostis.

Porém, é importante pontuar que essas questões não envolvem apenas a discussão sobre saúde, pois está relacionada a questões bem mais amplas, como as repercussões de uma sociedade neoliberal e capitalista, como veremos na citação a seguir.

[...] a riqueza da sociedade se acumula cada vez mais nas mãos de poucos e os recursos não são destinados para atender aos direitos básicos, como saúde e moradia, acaba se reforçando a divisão entre pobres e ricos. Para piorar, a cultura e a ideologia dominantes reproduzem e multiplicam esta divisão e desigualdade (Movimento Nacional da População em Situação de Rua, 2010, p. 08).

Outro local de trabalho em que é possível ver as repercussões desta lógica neoliberal e capitalista na vida de pessoas em situação de rua é o Programa ATITUDE, o qual já tenho uma vivência de quase 4 anos, e que assim como o albergue que mencionei anteriormente, também é do SUAS. Apesar deste programa não ter um foco para a população em situação de rua, este é o principal perfil das pessoas que são acolhidas por ele.

Isso sinaliza como o uso abusivo e/ou dependência de substâncias psicoativas – primordialmente as tidas como ilícitas –, estão relacionados às vulnerabilidades sociais e situação de rua no nosso país, como afirma Wanderson Silva (2013) em sua dissertação de mestrado. Nesta produção, o autor tece uma crítica importante. Segundo ele, quando se discute sobre as drogas e os seus riscos para a sociedade, os sujeitos que vivem nas ruas aparecem de forma acrítica como principais atores desses riscos sociais. Como exemplo, temos uma pesquisa que foi realizada pela prefeitura da cidade de Maceió/AL, e publicada pelo site de notícias Uol, em 2009, que alega que 97% das pessoas que vivem nas ruas de Maceió utilizam drogas, estando o *crack* como a mais usada entre as pessoas entrevistadas naquele ano.

Esta não é a única matéria que aborda sobre a população em situação de rua e o uso de substâncias psicoativas de maneira arbitrária, simplória e irresponsável, pois desconsidera diversos elementos complexos que envolvem essa população. Essa forma de abordagem naturalizada e acrítica reforça o preconceito e o estigma direcionado à estas pessoas, que em sua maioria é de pessoas negras (67%), como afirma a Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de rua (Brasil, 2009b), informação que sinaliza que raça e racismo são questões fundamentais para nossa discussão.

Na cartilha, *Conhecer para Lutar*, do Movimento Nacional da População de Rua (2010), é apresentada uma discussão sobre a história do nosso país e as repercussões da colonização de modo geral. Várias são as violações e violências sofridas pela população que são fruto da colonização: machismo, racismo, homofobia, aporofobia etc. Todavia, a Constituição Brasileira (Brasil, 1988) buscou – e busca – combater as práticas que violam os direitos de seus cidadãos, mas nem sempre com sucesso.

No caso da População em Situação de Rua (PSR), sabe-se que muitos dos direitos constitucionais não são garantidos, pois estas pessoas não conseguem acessá-los. Essa violação de direitos aparece, constantemente, naquilo que o Estado deveria garantir. Dentre eles, o elemento que é foco de nossa pesquisa, a garantia do cuidado em saúde dessa população, seja nas ruas, nos mais diversos equipamentos específicos para esta população, ou em qualquer um equipamento da rede de saúde.

Esta discussão trazida até agora nos convida a pensar sobre esta dinâmica complexa e contraditória: uma população vulnerabilizada, e, ao mesmo tempo, possuidora de direitos constitucionais, com o *cuidado* em saúde ofertado pelo SUS do país. Mais especificamente, nos interessa pensar sobre qual produção discursiva apresenta-se nos documentos governamentais da saúde que demonstram essa relação complexa e contraditória que mencionamos. Para isso, traremos a seguir algumas discussões iniciais.

1.1 CUIDADO EM SAÚDE PARA OS CORPOS INDÓCEIS

A vida biológica e social é esquadrihada nos ambientes construídos no interior das casas, criando e conformando hábitos, dirigindo o que fazer e onde fazer, adequando o corpo biológico a uma ordenação social. Esta vida investida no interior das casas ganha um ordenamento e qualifica-se para a vida social civilizada a partir de uma relação com o saudável e com uma docilidade dos corpos, tornando-os úteis ao trabalho e às tecnologias biopolíticas de governo (Silva, 2013).

A partir do século XVI/XVII, há um avanço em diversas instituições, como escolas, exército etc., em relação ao “disciplinamento do corpo útil” (Foucault, 2001, p. 244). É através do poder disciplinar que novos métodos foram aprimorados, no que diz respeito ao controle e vigilância dos corpos, tendo nesse instrumento de poder a busca de “[...] torná-lo ao mesmo tempo dócil e útil” (Foucault, 2001, p. 244).

Esse tipo de poder (disciplinar) pode ser tratado como um dispositivo que tem como objetivo trabalhar o corpo dos sujeitos, manipulando-os e fabricando-os em nome de um desenvolvimento de sociedade, atravessada pelo desenvolvimento industrial e, respectivamente, pela produtividade do capital (Foucault, 1998). Como Foucault pontua, (1999, p. 164) “esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar de ‘disciplinas’”.

Assim, sujeitos que não estivessem dentro de uma esfera social legitimada e controlada, seriam atravessados pelo discurso psiquiátrico, que aparece em meados do século XIX. Isto porque este saber psiquiátrico era utilizado como dispositivo para supostamente prever futuros crimes a partir de supostos comportamentos patológicos e perigosos nos sujeitos – desordens, maldades, perversidades etc., que frequentemente eram controladas pelo poder médico, sobretudo a partir de internações (Foucault, 2001). “Tudo o que é desordem, indisciplina, agitação, indocilidade, caráter recalcitrante, falta de afeto, etc., tudo isso pode ser psiquiatrizado agora” (Foucault, 2001, p. 203).

Esta discussão apresenta como o saber médico psiquiátrico atuava com as pessoas que,

à época, eram vistas como *doentes mentais*. Porém, se olharmos com cuidado para a história, perceberemos que até meados da reforma psiquiátrica o cenário não era tão diferente da discussão foucaultiana sobre a construção e o fortalecimento do discurso psiquiátrico do século XIX.

No caso da PSR, trata-se de uma população que historicamente tem sido associada a diversas doenças, principalmente ao adoecimento mental, – inclui-se a essa lista a dependência e/ou o uso abusivo recorrente de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas –. Sarah Escorel (2009) discute sobre isso, ao apresentar na Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua que uma das doenças que mais aparece – de forma autodeclarada – são as “desordem psiquiátrica ou mentais” (p. 118). A autora também apresenta na pesquisa que a dependência ao álcool e a outras drogas são descritas pelas pessoas participantes como uma das principais causas de terem ido morar nas ruas.

Desta forma, precisamos reconhecer que o sofrimento psíquico e os transtornos mentais fazem parte do cotidiano de muitas pessoas que vivem nas ruas. Podemos dizer que apesar de estarmos em um contexto histórico diferente do discutido por Foucault (2001), estes sujeitos não são tão diferentes daqueles que vivenciavam as mais bárbaras intervenções da ciência médica psiquiátrica da época. São sujeitos lidos socialmente como perigosos por seus comportamentos, como indisciplinados/indisciplináveis, como corpos indóceis, que divergem do que se espera socialmente, pois utilizam drogas, muitas vezes ilícitas, que são alvo do proibicionismo e da guerra às drogas; suas vestes e corpos destoam; e não contribuem com a produção de capital como se espera um mundo neoliberal e capitalista.

Essas vidas, enquanto apontamento crítico trazido por Wanderson Silva (2013), são construídas preconceituosamente em nossa sociedade como desqualificadas da vida social civilizada – ao contrário daqueles que vivem nas casas –. São vidas vistas como pouco ou nada úteis aos instrumentos biopolíticos de poder, e com frequência aparecem como insalubres para o meio social. E é a esta população que as políticas públicas tem legitimado e afirmado direitos à saúde, de forma equitativa e igualitária. No entanto, em contraponto a isto, parece haver um abismo entre o direito e a sua efetivação propriamente dita. São várias as razões que explicam essa dinâmica complexa, e que serão discutidas no decorrer desta dissertação, mas a citação a seguir introduz essa discussão.

No caso das pessoas em situação de rua, apesar das condições adversas de sobrevivência que enfrentam, espera-se que sejam ordeiras, trabalhadoras e vivam conformadas com o pouco que tem, para que não haja justificativa de intervenções à guisa de uma verdadeira cruzada de limpeza da cidade, sob o pretexto de que ameaçam a segurança da população, que as considera, embora sem fundamento, integrantes de

uma “classe perigosa”, que ameaça o bem-estar de toda a sociedade [...] (Nonato; Raiol, 2018, p. 105).

A indocilidade desses corpos tem representado às populações disciplinadas, ou seja, aos corpos dóceis e úteis, uma espécie de perigo social, corriqueiramente reforçada pelo discurso neoliberal, como discute Michel Foucault (2008), que apresenta um tipo novo de governo nascido na modernidade, pautado na biopolítica.

Diante disto, as políticas públicas de saúde têm um importante papel na garantia de direitos de campo primordial da vida humana: o cuidado em saúde. Aqui, no entanto, trata-se de cuidar da saúde de uma população historicamente situada como perigosa à sociedade, mas esta não é a única tensão. Para o governo, administrar a PSR a partir do poder-saber da premissa biopolítica não é uma tarefa fácil por várias razões (Foucault, 2008). Como uma delas, podemos situar a ironia que é governar e controlar uma população que sequer pode ser contada com precisão, diferente das populações domiciliadas, que se enquadram nas metodologias censitárias conhecidas e utilizadas historicamente.

Apesar das dificuldades, tensões e complexidades que envolvem o governo da PSR no âmbito das políticas públicas, as pessoas em situação de rua são sujeitos de direitos constitucionais nas políticas públicas do Brasil, mas segue sendo um desafio garantir tais direitos, como veremos a seguir.

1.2 A POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA ENQUANTO ACONTECIMENTO: problematizações e objetivos da pesquisa

[...] o importante é não se fazer com relação ao acontecimento o que se fez com relação à estrutura. Não se trata de colocar tudo num certo plano que seria o do acontecimento, mas de considerar que existe todo um escalonamento de tipos de acontecimentos diferentes que não têm o mesmo alcance, a mesma amplitude cronológica, nem a mesma capacidade de produzir efeito (Foucault, 1998, p. 05).

Foucault (1996) nos permite pensar que um acontecimento pode surgir de uma eventualidade, de um acaso em determinado tempo, que não abarca uma linearidade histórica nas quais existam certos saltos evolutivos em relação a sucessões contínuas e bem definidas. Temos aí a descontinuidade dos acontecimentos e dos discursos neles produzidos. Essa noção de descontinuidade² tem método, uma sistematicidade permitida através da regularidade discursiva, “tal descontinuidade golpeia e invalida as menores unidades tradicionalmente

² Esse princípio de descontinuidade será melhor explicitado mais à frente desta dissertação.

conhecidas [...]” (Foucault, 1996, p. 58).

Se a história não mais busca no acontecimento a compreensão, em relação ao que é anterior a ele, severamente o hierarquizou sendo ele produto desse anterior, mas se “é para estabelecer as séries diversas, entrecruzadas, divergentes muitas vezes [...]” (Foucault, 1996, p. 56), que com isso nos possibilita entendermos as condições de viabilidade do acontecimento.

A partir dessa noção de acontecimento, no ano de 1988 – quatro anos após o término da ditadura militar no Brasil – foi promulgada a atual constituição brasileira. Nela se institui direitos individuais e sociais à toda a população do país, e já em seu artigo 3º, que “constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil”, são apresentados os incisos III e IV, que objetivam, respectivamente: “erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;” e “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (Brasil, 1988, n.p).

A constituição brasileira surge como um acontecimento de grande importância para o nosso país, que há pouco havia rompido com o regime militar vigente entre os anos de 1964 a 1984, na instituição de um Estado Democrático de Direito. Contudo, as pessoas em situação de rua existem, obviamente, muito antes da constituição. E mesmo 35 anos após sua instituição, continuamos sem uma efetiva garantia daquilo que objetiva o artigo 3º citado anteriormente.

Na trajetória histórica da construção da PSR como uma população que possui direitos, muitas foram as dinâmicas. Desde uma população que tinha como único meio de subsistência a caridade e a filantropia, a uma população que era beneficiada por entidades sociais, muitas vezes religiosas, que trabalhavam em conjunto com o Estado (Spink; Ramos, 2016), até a implementação da Política Nacional para a População em Situação de Rua no país, a partir do Decreto Presidencial 7.053, no último trimestre do ano de 2009 (Brasil, 2009a).

Esta política será tratada nesta dissertação como um importante acontecimento que se apresenta como uma ruptura histórica, pois anteriormente a esta, inclusive após a constituição de 1988, a PSR continuava esquecida pelo então instituído Estado Democrático de Direito. Nesta época, as poucas políticas públicas que alcançavam essa população eram políticas repressivas, policiaescas.

Por outro lado, a PSR segue sendo alvo de ações de caridade, geralmente oferecidas por pessoas vinculadas às igrejas e fundamentadas na perspectiva bíblica cristã (Silva, 2006). Assim, a Política Nacional para a População em Situação de Rua surge como um contraponto à visão repressiva, assistencialista e policiaesca que sempre envolveu essa população, bem como à concepção de caridade, para que a saúde seja reconhecida como um direito e o Estado

o responsável por subsidiá-lo.

Com isso, entendemos que a Política Nacional para a População em Situação de Rua (Brasil, 2009a) aparece como um acontecimento que tem força para estabelecer uma regularidade discursiva nas produções da saúde à essa população, possibilitando certas condições de desenvolvimento de políticas públicas e intervenções. É a partir do ano posterior à criação desta política, em 2010, que analisamos os documentos de domínio público distribuídos pelo Ministério da Saúde (MS) com relação direta com esse segmento populacional.

Para conduzir essa análise, partimos de algumas inquietações, representadas a partir de questionamentos: 1) Como a população em situação de rua aparece como sujeitos de direitos nos documentos do Ministério da Saúde? Como o dispositivo da racialidade aparece nas práticas discursivas dos documentos de análise? Que população de rua é apresentada nos documentos? O que tem sido atribuído nestes documentos à esta população?

Para dar conta das perguntas que norteiam esta pesquisa, traçamos alguns objetivos que foram responsáveis por nortear o trabalho analítico. Como **objetivo geral**, esta pesquisa se propõe a analisar a produção discursiva nos documentos públicos publicados pelo governo brasileiro entre 2010 e 2021 em torno do aparecimento da População em Situação de Rua como sujeitos de direitos nas políticas públicas de saúde do país. Como **objetivos específicos**, traçamos três:

1) Mapear documentos publicados pelo Ministério da Saúde do Brasil direcionados à população em situação de rua entre 2010 e 2021;

2) Analisar as produções discursivas, em suas regularidades e discontinuidades, sobre a população em situação de rua nos documentos públicos do Ministério da Saúde e a quais questões se articulam ao mencioná-la;

3) Problematizar o discurso produzido nos documentos públicos de análise sobre a população em situação de rua em torno da concepção de sujeitos de direitos.

Para organizar e apresentar os resultados do trabalho de pesquisa exercido nesta dissertação, organizamos-a em cinco capítulos. O primeiro trata das discussões introdutórias desta dissertação, que fazemos a partir de algumas narrativas pessoais sobre trabalho e compromisso social com a PSR, algumas pinceladas históricas sobre o poder/saber médico psiquiátrico a partir de discussões Foucaultianas (2001; 1998; 1999) para melhor compreender a dinâmica social vivenciada pela PSR. Por fim, conectamos essas discussões às Políticas de Saúde brasileiras, com a apresentação da criação da Política Nacional Para a População em

Situação de Rua em 2009.

Já no segundo capítulo, denominado “Entre documentos e discursos: produção de sujeitos de direitos”, apresentamos o caminho teórico-metodológico escolhido para dar conta desta pesquisa. Mais precisamente, apresentamos os seis documentos de domínio público que foram escolhidos para fazer parte do *corpus* de análise, todos produzidos pelo Ministério da Saúde e disponibilizados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Após isso, apresentamos, a partir de leituras foucaultianas, uma discussão sobre sujeitos de direitos na biopolítica do autor, discussão esta que fundamenta o nosso trabalho analítico. Por fim, ao final deste mesmo capítulo, apresentamos a análise de discurso foucaultiana e os seus princípios: inversão, descontinuidade, especificidade e exterioridade.

No terceiro capítulo, “Para além de uma revisão conceitual: estigma, preconceito e racismo estrutural”, partimos dos pressupostos da Psicologia Social e de uma perspectiva foucaultiana, para realizarmos uma revisão conceitual dos conceitos de estigma, preconceito e racismo, os quais perpassam as práticas discursivas em relação à população em situação de rua do Brasil. Para auxiliar essa discussão teórica, trazemos alguns relatos das minhas vivências de trabalhos com a PSR, população que é diretamente atravessada no seu dia a dia por práticas relacionadas a estes conceitos. Para dialogar sobre estigma, utilizamos as discussões Goffman (2004); para preconceito, alguns autores e autoras, entre eles: Amalia Perez-Nebra e Jaqueline Gomes de Jesus (2011) e Lia Vainer Shucman e Iolete Silva (2022); para racismo, utilizamos Silvio de Almeida (2019), Foucault (2005) e Lia Schucman e Iolete Silva (2022). A conversa teórica sobre esses conceitos culmina na discussão final do capítulo, sobre vidas infames, de Michel Foucault (2006) e de Classes Perigosas, a partir de Cecília Coimbra (2001).

No capítulo quatro, “Políticas públicas para a população de rua no Brasil, algumas lutas por governo”, analisamos e discutimos as dinâmicas históricas e sociais que fizeram a população em situação de rua aparecer como sujeitos de direitos, também as nuances que envolvem o se tornar objeto das políticas públicas no Estado. Para isso, utilizamos as discussões sobre Proteção Social, de Robert Castel (2005), e de conceitos de Foucault (2005; 1999; 1998; 1992), como biopoder, governo, governamento e governamentalidade, para compreender essa atuação do Estado nas políticas públicas para a população em situação de rua. Por fim, realizamos uma discussão sobre a pandemia de COVID-19 e PSR, visto que foi uma das populações mais afetadas neste cenário, o que reforça a importância dessa discussão nesta dissertação. Além de explicitar as especificidades do cenário pandêmico para a PSR, discutimos brevemente o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19.

No quinto e último capítulo chamado de “A produção discursiva nas políticas de saúde sobre a população em situação de rua no Brasil”, são apresentados os discursos sobre a população em situação de rua nos documentos de domínio público de saúde, produzidos e distribuídos pelo Ministério da Saúde, documentos estes que constroem discursos-práticas sobre os direitos desta população à saúde no Brasil, em relação ao acesso aos serviços de saúde pública. Além de como é utilizado o dispositivo da racialidade e ao que o direito à saúde dessa população está atrelado, sobretudo a partir do marco da instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua, via Decreto Presidencial de nº 7.053 de 2009 (Brasil, 2009a).

Nesse último capítulo, apresentamos um trabalho mais intenso da análise dos seis materiais específicos: 1) Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua; 2) Saúde da população em situação de rua: uma questão de equidade; 3) Saúde da população em situação de rua: um direito humano; 4) Cuidar bem da saúde de todos. Faz bem para a População em situação de rua. Faz bem para o Brasil; 5) Síntese de evidências para políticas de saúde. Adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua; 6) Prevenção ao Covid-19 no âmbito das equipes de consultórios na rua.

Por fim, finalizamos esta dissertação com as considerações finais, que sistematizam as principais considerações que construímos com esta pesquisa. Buscamos apresentar as potencialidades e dificuldades, os desafios, e as principais contribuições desta pesquisa, principalmente para a população em situação de rua. Ademais, apresentamos alguns elementos que podem ser trabalhados em futuras pesquisas.

2 ENTRE DOCUMENTOS E DISCURSOS: produção de sujeitos de direitos

No presente capítulo, iremos explicitar e dar continuidade aos processos envolvidos na metodologia desta dissertação, que tratam especialmente dos passos para a estruturação do material de análise: documentos de acesso aberto que discutem políticas públicas de saúde para a População em Situação de Rua (PSR) no Brasil. Neste sentido, fiz a opção por documentos no campo da saúde que possuem interface com outras políticas públicas para esta população. A partir disso, procuraremos discutir em nossas análises como a população em situação de rua aparece como sujeito de direitos nestes documentos referentes às políticas públicas de saúde.

No decorrer deste capítulo, descreveremos o nosso material de análise, bem como o arcabouço teórico que norteia a referida pesquisa. Os documentos de análise foram escolhidos com um recorte cronológico entre os anos de 2010 a 2021, com o objetivo de nos debruçarmos na produção discursiva e nas práticas das políticas públicas de saúde construídas a partir Decreto Presidencial Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Este decreto presidencial relata em seu artigo 7º, dentre os incisos, a garantia aos serviços de saúde dessa população. (Brasil, 2009a, n.p).

Foram analisados nesta pesquisa seis documentos, todos acessados a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), do Ministério da Saúde (MS). Salientamos também que todo o material de análise são produções governamentais do Ministério da Saúde, sendo algumas produções em parceria com outras Secretarias de Estado (SE) e do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDSCF). Todos estes documentos são de domínio público. De acordo com Spink *et al.* (2014), podemos compreender documentos de domínio público como:

[...] qualquer matéria escrita produzida para a leitura e o uso pelo público em geral ou para um público específico. Por escrita entende-se desde avisos escritos à mão e disponibilizados publicamente, formulários diversos, panfletos, jornais, revistas, livros e relatórios impressos até páginas da internet, portais e todos os demais repositórios eletrônicos onde o material pode ser livremente acessado e registrado de alguma maneira (p. 208).

Os autores discutem que a expressão documento é utilizada por ser elástica e conseguir agrupar diversos tipos de materiais, “que tem uma presença física; que fala sobre algo e é também algo” (p. 208). Um ponto que deve ser chamado atenção é o fato de que não é porque é documento público que é gratuito. Livros e jornais, por exemplo, estão à venda em bancas de revista e livrarias, e podem ser compreendidos como documentos de domínio público porque

para ter acesso a estes materiais é necessário apenas que alguém os compre (Spink *et al.*, 2014). Acrescenta-se a isso o fato de que atualmente alguns jornais *online* não permitirem a opção copiar e colar, ou, ainda, se utilizam de *paywall* que consiste no bloqueio da leitura de alguma matéria completa caso o/a leitor/a não seja assinante do jornal.

Para chegarmos ao levantamento documental que utilizamos para a análise, utilizamos a BVS, do Ministério da Saúde. O descritor utilizado na plataforma foi [*população em situação de rua*], pois aparecem mais resultados que [*pessoas em situação de rua*], sendo 20 para o primeiro e 17 para o segundo, quando colocados os filtros: (base de dados) Ministério da Saúde; (idioma) Português; (intervalo de ano de publicação) de 2010 a 2021. Dentre as 20 produções encontradas, 10 são artigos e outros trabalhos, e 10 são documentos públicos produzidos pelo Ministério da Saúde do Brasil, dentre estes 8 são documentos que visam diretamente o cuidado em saúde de Pessoas em Situação de Rua (PSR), sendo dois documentos que repetem o mesmo título (Saúde da população em situação de rua: uma questão de equidade; e Saúde da população em situação de rua: um direito humano), assim, utilizamos apenas um de cada, que ao todo totaliza seis documentos.

Na BVS – Ministério da Saúde, dentre os documentos produzidos pelo Governo Federal em consonância às práticas de saúde em relação à população em situação de rua, localizamos e escolhemos, a partir dos critérios descritos anteriormente, as seis produções que pretendemos analisar, apresentadas no quadro a seguir e dispostas no anexo I.

Quadro 1- Materiais levantados e utilizados na análise discursiva

DOCU MENTO	INSTITUIÇÃO DE GOVERNO	ANO	TÍTULO	TIPO DE DOCUMENTO
1	MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica.	2012	Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua.	Manual
2	MINISTÉRIO DA SAÚDE.	2013	Saúde da população em situação de rua: uma questão de equidade.	Folder

3	MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Coordenação Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social.	2014	Saúde da população em situação de rua: um direito humano.	Cartilha
4	MINISTÉRIO DA SAÚDE; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Direitos Humanos.	2015	Cuidar bem da saúde de todos. Faz bem para a População em situação de rua. Faz bem para o Brasil.	Cartaz
5	MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Departamento de Ciência e Tecnologia.	2016	Síntese de evidências para políticas de saúde. Adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua.	Folheto (Síntese de evidências)
6	MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria de Atenção Primária à Saúde.	2020	Prevenção ao Covid-19 no âmbito das equipes de consultórios na rua.	Nota técnica

Fonte: O autor (2023)

Estes documentos, apresentados no quadro acima, e localizados no site da BVS-Ministério da Saúde, são os seis documentos que utilizamos para realizar o nosso trabalho analítico. Estes documentos constroem discursos e práticas que discutem direitos à saúde para a população em situação de rua, mas que, entretanto, reconhecem barreiras dos próprios serviços de saúde em acolher e cuidar das demandas dessa população historicamente estigmatizada pela condição de morar nas ruas. Os materiais supracitados serão descritos logo abaixo.

2.1 BREVE DESCRIÇÃO DOS DOCUMENTOS REUNIDOS

Na citação a seguir, descrevemos o objetivo proposto pela cartilha nomeada de **A saúde da população em situação de rua: um direito humano**, e o que pretende alcançar em relação aos cuidados em saúde para a População em Situação de rua (Pop Rua), em que o preconceito

à esta população aparece como impeditivo de direito à saúde na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), que são representados pelos serviços ofertados pelos equipamentos de saúde pública.

Seu objetivo é expor diretrizes, estratégias e ações destinadas à melhoria das ações de saúde para a População em Situação de Rua; combater o preconceito em relação a essa população no SUS; e garantir seu acesso aos serviços de saúde, com atendimento integral e humanizado (Brasil, 2014, p.05).

A iniciativa do desenvolvimento dessa cartilha surge em contrapartida ao direito negado a essa população à rede de saúde, a partir do Ministério da Saúde comprometido “com a promoção da saúde da população em situação de rua e com os atores sociais que atuam na defesa dos direitos dessa população” (Brasil, 2014, p.05).

Esses atores reivindicam um material educativo e informativo que aborde suas especificidades e a importância da participação social na efetivação dos direitos e da cidadania e, ao mesmo tempo, sensibilize gestores e profissionais (p. 05-06).

A cartilha supracitada é uma proposta de informar e refletir sobre uma população historicamente apartada de acesso a direitos básicos à vida, dentre elas, se utilizar dos serviços de saúde como um espaço de acolhimento adequado às suas necessidades nesta área. Além disto, há um reconhecimento notório desse documento em que o avanço em busca de direitos mais significativo dessa população, se deve “a instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua e do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento” (Brasil, 2014, p.06). Posterior à instituição dessa Política Nacional, no campo da saúde tinham sido conquistadas a implementação do *Consultório na Rua*, como Programa de Estado e do Plano Operativo de Saúde para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2014).

Dois anos antes da publicação da cartilha supracitada, foi publicado o **Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua**, elaborado pelo Ministério da Saúde, junto à Secretaria de Atenção à Saúde e o Departamento de Atenção Básica.

Este manual inaugura um novo marco na atenção à saúde da População em Situação de Rua (PSR) no Sistema Único de Saúde (SUS). Em que se pretende ampliar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde dessa população. Sendo a atenção básica um espaço prioritário para o fortalecimento do cuidado e a criação de vínculo na rede de atenção à saúde, possibilitando sua inserção efetiva no SUS, tendo como porta de entrada prioritária na Atenção Básica (AB) as equipes do Consultório na Rua. (Brasil, 2012a, p.11).

Um ano antes da criação desse Manual Técnico, em 2011 foi instituído pela Política

Nacional de Atenção Básica o Consultório na Rua, que tem como meta a ampliação da entrada da Pop Rua nos equipamentos de saúde e aos seus serviços ofertados, favorecendo a esse grupo populacional, que comumente está com os vínculos fragilizados e/ou rompidos com seus familiares e em situação de vulnerabilidade social, a atenção integral à saúde (Brasil, 2023). As equipes multiprofissionais desse equipamento da Atenção Básica da saúde (inicialmente vinculado aos serviços de saúde mental, sendo depois de um tempo ligados à Atenção Básica em saúde), realizam seus trabalhos territorialmente, *in loco*, onde a referida população em situação de rua se encontra, de modo itinerante e articulando a rede de cuidados em saúde, quando necessário, com o intuito de ofertar atenção integral proposta por essa política (Brasil, 2023).

O esquema de criação e caracterização dos Consultórios na Rua, se estrutura a partir do entendimento de ampliação na atuação junto a essa população em vulnerabilidade social específica, tendo o Ministério da Saúde a responsabilidade de promover a equidade na saúde³ e assim garantindo o acesso aos seus serviços, responsabilidades do referido equipamento. Todavia ele é criado na Atenção Básica a partir do seguinte esquema:

Figura 1- Esquema da estruturação do Consultório na Rua



Fonte: (Brasil, 2012a).

³ Equidade é um dos princípios doutrinários e técnicos do SUS. Apesar de etimologicamente a palavra equidade estar próxima de igualdade, Paim e Silva (2010) discutem que “[...] atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades. Assim, a questão posta vai no sentido de demonstrar que a igualdade pode não ser justa” (p.111). A compreensão de equidade assume a proposta de prestar assistência desigual aos que são desiguais, priorizando as necessidades específicas de cada um destes desiguais, para alcançar a igualdade.

Diante do contexto da Política Nacional de Atenção Básica, o Ministério da Saúde, “[...] por meio deste manual, busca instrumentalizar os profissionais de saúde da atenção básica, na perspectiva da promoção do cuidado à população em situação de rua no cotidiano da sua prática profissional [...]” (Brasil, 2012a, p.14). Esse documento evidencia que essa política, em relação às especificidades da Pop Rua –, é o Consultório na Rua, entretanto, o seu alcance possui limite de atuação devido à maioria das cidades do país não possuir esse equipamento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como qualquer equipamento da rede de saúde. Esse documento alerta para a necessidade que todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, em suas atribuições, tenha a capacidade de prestar os serviços necessários para essa população (BRASIL, 2012a).

O manual (BRASIL, 2012a) também se propõe a um breve levantamento das doenças que mais atingem à população em situação de rua. Dentre elas está a tuberculose, um problema clínico e social, foco do documento **Síntese de evidências para políticas de saúde: Adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua** (Brasil, 2016b, p.06), endereçada, diretamente, aos “[...] formuladores e implementadores de políticas de saúde, seu pessoal de apoio e outras partes interessadas no problema abordado [...]”, reunindo um compilado de pesquisas de dimensão global e local, se utilizando de revisões sistemáticas, com a premissa de melhor desenvolvimento das políticas públicas de saúde e de programas de saúde.

O Ministério da Saúde do país estabelece determinadas populações na instância de prioritárias, que necessitam de maior atenção no cuidado em saúde. No meio dessas está a Pop rua, em que essa síntese técnica relata que os modos de vida dos que vivem nas ruas intrinsecam a aderência do tratamento da tuberculose, e por ser um tratamento que tem a sua duração por pelo menos seis meses, com o uso de medicações e acompanhamento profissional em saúde, é grande os riscos de não continuidade do tratamento, gerando comumente o seu abandono; aumentando assim a possibilidade da doença levar a óbito os que a possuem (Brasil, 2016b).

Essa síntese de problemáticas para o tratamento de tuberculose reflete para a necessidade de desenvolvimento de políticas públicas de adesão ao tratamento da tuberculose. No documento, é proposto algumas opções de enfrentamento desse problema vivenciado por esse segmento populacional. Dentre eles estão: 1) “Disponibilizar incentivos materiais à população em situação de rua com TB;” 2) “Possibilitar o acesso à habitação para a PSR;” 3) “Estratégias de cuidado à saúde centradas na PSR;” 4) “Promover práticas socioeducativas para a população em situação de rua envolvendo a própria comunidade” (Brasil, 2016b, p. 08).

Já em outro documento para análise – **Saúde da População em Situação de Rua:**

uma questão de equidade – afirma-se, como nos materiais anteriores, que o acesso à saúde dessa população precisa ser ampliado e que o Sistema único de Saúde (SUS) necessita prestar os seus serviços a estes/as usuários/as nos mais diversos espaços de promoção e cuidado em saúde (Brasil, 2013). Além disso, o documento toca também em fatores de estigma, psicológicos, raciais, socioeconômicos etc., pois são elementos que atuam na exposição dessas pessoas aos mais diversos riscos, que acabam – além de outras questões – comprometendo as condições de saúde dessa população (Brasil, 2013).

No cartaz **Cuidar Bem da Saúde de Todos. Faz Bem Para a População em Situação de Rua. Faz Bem Para o Brasil**, apresenta-se que a saúde integral é um direito da Pop rua, e que o seu atendimento tem que ocorrer independentemente de certas condições, como: a não necessidade de apresentação de documentação de identificação; do uso ou não de substâncias psicoativas, de vestimentas e higiene pessoal realizadas ou não (Brasil, 2015). Este documento reforça o cuidado em saúde como um direito integral e gratuito no Sistema Único de Saúde.

O último documento que utilizaremos na análise, é uma nota técnica chamada: **Prevenção ao COVID-19 no âmbito das equipes de Consultórios na rua** (Brasil, 2020), que orienta os trabalhadores da saúde do Consultório na Rua a atuarem com a população em situação de rua em período pandêmico do novo Coronavírus. Essa nota técnica orienta os procedimentos que os/as profissionais desse equipamento precisam utilizar para o manejo e a prevenção do cuidado em saúde durante esse período, como também sobre os sintomas da COVID-19, e quais direcionamentos realizar quando identificá-los, além de medidas de controle para a prevenção da doença (BRASIL, 2020).

Concluimos à vista disso, que os documentos de análise possuem produções discursivas que vão contribuir com os objetivos da dissertação em questão, pois neles enunciam-se conceitos sobre a população em situação de rua e a atenção em saúde comumente amparados pela *Política Nacional para a População em Situação de Rua*. Por vezes, articula-se a isso a intersectorialidade, ganhando destaque as articulações com a política de assistência social. Uma outra questão que surge é a necessidade e emergência de políticas de cuidado em saúde para essa população, tanto para os serviços/equipamentos específicos como o Consultório na rua, quanto em outros equipamentos como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

É possível visualizar também discursos de direitos em relação a essa população através dos documentos, suscitando assim questões como: Equidade em saúde; Direitos Humanos; Direito à saúde etc., que dialoga diretamente com a questão desta pesquisa, que se interessa no

sujeito que esses documentos sustentam, constroem e apontam. Isto nos possibilita ir ao encontro de dois analisadores para a nossa análise de discurso, a *Pop* rua como sujeito de direitos nas políticas de saúde; e as práticas discursivas de cuidado em saúde para esse segmento populacional.

2.2 O SUJEITO DE DIREITOS NA BIOPOLÍTICA DE MICHEL FOUCAULT

Através de um paladar foucaultiano é possível compreender o que estamos chamando de sujeitos de direitos. Precisamos refletir sobre as tecnologias geradas pelo Estado moderno, regulamentadas em consonância aos Direitos Humanos, porém, empenhadas na construção do que Michel Foucault chamaria de *homo oeconomicus*. O filósofo se refere ao contexto neoliberal vigente, que compreende o sujeito como um negócio ou uma empresa que teria sua vida segmentada em áreas de investimentos (saúde, educação, lazer, previdência, etc), sendo gerida como mera empresa capitalista, o que acaba por direcionar certas políticas à concepção de um Estado mínimo: uma vida gerida individualmente como negócio pelo Estado (Guareschi; Lara; Adegas, 2010). Esse entendimento contraria a própria concepção de políticas públicas no país, compreendida por alguns dos nossos autores/as, pois, para eles/as, estas teriam como intuito garantir direitos de forma coletiva à população, compreendendo o Estado brasileiro a partir de sua função social.

Em *O Nascimento da Biopolítica*, curso produzido e ministrado por Michel Foucault no Collège de France (2008), o sujeito de direito se contrapõe ao sujeito de interesse, este último vinculado ao *homo oeconomicus*. A figura do sujeito de interesse apresenta uma mecânica outra em relação ao sujeito de direito, podendo afirmar que ela não cede nas ideias do sujeito de direito, é irreduzível a ele, pois jamais renuncia aos seus interesses individuais.

Temos, portanto, com o sujeito de interesse tal como os economistas o fazem funcionar uma mecânica totalmente diferente dessa dialética do sujeito de direito, já que é uma mecânica egoísta, é uma mecânica imediatamente multiplicadora, é uma mecânica sem transcendência nenhuma, é uma mecânica em que a vontade de cada um vai se harmonizar espontaneamente e como que involuntariamente à vontade e ao interesse dos outros. (Foucault, 2008, p. 375).

Já o **sujeito de direito** aparece num outro registro e Foucault se faz a seguinte pergunta: “o que caracteriza o sujeito de direito?” (Foucault, 2008. p. 374).

É que ele tem de início direitos naturais, claro. Mas ele se torna sujeito de direito, num

sistema positivo, quando aceita, pelo menos, o princípio de ceder esses direitos naturais, quando aceita pelo menos o princípio de renunciar a eles, quando subscreve uma limitação desses direitos, quando aceita o princípio da transferência. Ou seja, o sujeito de direito é por definição um sujeito que aceita a negatividade, que aceita a renúncia a si mesmo, que aceita, de certo modo, cindir-se e ser, num certo nível, detentor de um certo número de direitos naturais e imediatos, em outro nível, aquele que aceita o princípio de renunciar a eles e vai com isso se constituir como um outro sujeito de direito superposto ao primeiro. (p. 374)

A instância do direito quando aparece na idade média está vinculada à soberania, portanto, ao poder soberano vinculado, respectivamente, à figura do monarca, do rei, que tinha enquanto interesse a permanência de sua própria soberania em relação aos povos comandados (Dias; Lara; Butierres, 2012). Já o Direito moderno, dentro de uma concepção que sempre tende a recorrer, seria ferramenta para a paz social, sendo assim de acordo com esta perspectiva, o Direito moderno buscaria, partindo desse entendimento, controlar o convívio social (Dias; Lara; Butierres, 2012).

De acordo com as autoras supracitadas (2012, p. 124), a compreensão do sujeito de direitos na perspectiva do direito é que este é “[...] titular de direitos e deveres, possuindo uma relação jurídica com os outros sujeitos”, todavia para que esse direito se exprime em integrar a convivência se é necessário normas jurídicas, essas estabelecidas primordialmente através do Estado.

Foucault em *Microfísica do Poder* (1998) discute que o sistema jurídico subsidiou que a teoria da soberania desse continuidade de uma outra forma que não mais a da idade média, o que leva a partir do século XVIII a aparecer como ferramenta de enfrentamento à monarquia. Em outra perspectiva, o código jurídico alinhado aos princípios da soberania tende a sobrepor ao poder disciplinar⁴ - aos seus mecanismos – garantindo “[...] o exercício dos direitos soberanos de cada um através da soberania do Estado”, todavia esse sistema jurídico possibilita que a soberania seja democratizada a partir da instituição do direito público em junção ao que agora será uma soberania coletiva (Foucault, 1998, p. 188).

Historicamente, o Estado de Direito está atrelado às conquistas liberais do período das revoluções burguesas, as quais objetivavam fundamentalmente limitar a atuação do Estado absolutista em defesa das liberdades dos indivíduos e construir a noção individualista de indivíduo. A efetivação do Estado de Direito é um exemplo de como os ideais burgueses, hegemônicos na época, utilizaram o direito para garantir os interesses do nascente Estado moderno. O Direito e sua positivação normativa em leis são, portanto, formas institucionais de condução das pessoas a fins desejados, como

⁴ O poder disciplinar é um “[...] novo tipo de poder, que não pode mais ser transcrito nos termos da soberania, é uma das grandes invenções da sociedade burguesa. Ele foi um instrumento fundamental para a constituição do capitalismo industrial e do tipo de sociedade que lhe é correspondente; este poder não soberano, alheio à forma da soberania, é o poder disciplinar. Indescritível nos termos da teoria da soberania, radicalmente heterogêneo, o poder disciplinar deveria ter causado o desaparecimento do grande edifício jurídico daquela teoria.” (Foucault, 1998, p. 188). Todavia a teoria da soberania deu continuidade dentro do direito (Foucault, 1998).

forma de direcionar o convívio em sociedade – uma maneira de governar vidas (Dias; Lara; Butierres, 2012, p. 124-125).

Nessa medida, é passível de se entender o sujeito de direitos, em consonância ao *Estado Democrático de Direito*, a partir da execução do Estado, que garantiria o direito para toda a sua população, a partir do discurso da população enquanto soberana – soberania popular. Com isso, o Brasil enquanto Estado de Direito faz por compreender essa noção de sujeito de direitos, em que os indivíduos possuem significativa proteção social, subsidiadas pelas políticas públicas, garantindo as condições necessárias para uma vida decente de sua população (Dias; Lara; Butierres, 2012).

Todavia, quando pensamos sobre o sujeito de direitos em nosso país, sobretudo com base nos jogos de poder, fica perceptível a disparidade entre os indivíduos, pois alguns possuem maiores privilégios e gozam de direitos instituídos pelo Estado, em detrimento de outros, a exemplo dos mais pobres, periféricos, fronteiriços, os negros etc., que compõem parte expressiva da população em situação de rua no país, que parecem estar a um abismo destes direitos (Dias; Lara; Butierres, 2012).

Nesta medida, a concepção de sujeito de direitos que abarca a nossa pesquisa está relacionada à forma como o Estado brasileiro produz discursos e práticas sobre a população em situação de rua através de políticas públicas de saúde, compreendendo-a como vidas que devem ter direitos garantidos efetivamente pelo Estado. Além disso, as práticas discursivas que foram analisadas nos documentos que reunimos podem tornar possível a construção e/ou visibilidade de sujeitos de direitos.

2.3 A ANÁLISE DE DISCURSO FOUCAULTIANA EM DOCUMENTOS

Esta pesquisa se utiliza da análise de discurso inspirada em Michel Foucault. Rosalind Gill (2008) salienta que existem variados tipos de análise de discurso, chegando a mais de 50 variedades desta, e que por mais que elas partilhem algumas questões, como a que o discurso é central no desenvolvimento da vida social, as suas diferenciações estão pautadas nas perspectivas teóricas a que estão direcionadas. Dentro dessa pluralidade, nesta pesquisa nos ancoramos na análise do discurso foucaultiana, que nos permitirá discutir criticamente e historicamente sobre os documentos que serão utilizados como material analítico.

Em A ordem do discurso, Foucault (1996, p. 52-53) sinaliza que “os discursos devem ser tratados como práticas descontínuas, que se cruzam por vezes, mas também se ignoram ou se excluem”. Para compreendermos o que estamos chamando de discursos, recorreremos às

contribuições do autor, a partir das quais ele propõe que os discursos emergem a partir de condições históricas, colocando em jogo relações de poder e de formas de existência (modos de ser e estar no mundo, o que chamamos em alguns momentos de modos de subjetivação), dirigindo práticas e gerindo ações individuais ou coletivas, como veremos na citação a seguir.

[...] Chamaremos de discurso um conjunto de enunciados, na medida em que se apoiem na mesma formação discursiva; ele não forma uma unidade retórica ou formal, indefinidamente repetível e cujo aparecimento ou utilização poderíamos assinalar (e explicar, se for o caso) na história; é constituído de um número limitado de enunciados para os quais podemos definir um conjunto de condições de existência. O discurso, assim entendido, não é uma forma ideal e intemporal que teria, além do mais, uma história; o problema não consiste em saber como e por que ele pôde emergir e tomar corpo num determinado ponto do tempo; é, de parte a parte, histórico - fragmento de história, unidade e descontinuidade na própria história, que coloca o problema de seus próprios limites, de seus cortes, de suas transformações, dos modos específicos de sua temporalidade, e não de seu surgimento abrupto em meio às cumplidades do tempo” (Foucault, 2008 p. 132).

Ao discutir sobre uma tipificação para o discurso e sua análise, Foucault (2008, p. 191) em *Arqueologia do Saber* propõe que o discurso “[...] não é uma consciência que vem alojar seu projeto na forma externa da linguagem; não é uma língua, com um sujeito para falá-la. É uma prática que tem suas formas próprias de encadeamento e de sucessão”. A Arqueologia tem enquanto princípio tratar de seus objetos de trabalho (na História, Psicologia, Filosofia, Ciências...) não a partir de uma concepção linear de história das coisas, que se utiliza de um parâmetro de simultaneidade lógica de uma sucessão retilínea de acontecimentos⁵, ela é justamente o que se opõe a isso, tratando essa sucessão de acontecimentos como não cronológica e não linear (Foucault, 2008).

Para analisar os discursos, Michel Foucault (1996, p. 51) implica algumas exigências em relação ao seu método aos que pretendem utilizá-lo “[...] em suas condições, seu jogo e seus efeitos [...]”. É necessário escolher três medidas nas quais, até hoje em dia, o fazer pesquisa pode se deparar em resistir-se a “[...] três grupos de funções que acabo de evocar: questionar nossa vontade de verdade; restituir ao discurso seu caráter de acontecimento; suspender, enfim, a soberania do significante” (1996, p.51). Para isto é preciso se atentar ao que os discursos suscitam, aquilo que surge como desordem, descontínuo, perigoso, violento, combativo, o que o autor chama de “[...] grande zumbido incessante e desordenado do discurso” (p. 50). Nessa

⁵ Aqui, acontecimento se refere à discussão foucaultiana sobre “acontecimento arqueológico”, que possibilita pensar o acontecimento em sua manifestação, como também é nele que se analisa as mudanças epistêmicas que produzem novos saberes. Também se refere ao “acontecimento discursivo”, que abrange a materialidade dos enunciados, do que se está posto. Correlaciona-se a este os acontecimentos “não discursivos”, “[...] que podem ser de ordem técnica, prática, econômica, social, política, etc” (Castro, 2009, p. 26).

proposta metodológica, é determinado, portanto:

Quadro 2 - Descrição das exigências metodológicas a partir de quatro princípios

Primeiramente, um princípio de <i>inversão</i> : lá onde, segundo a tradição, cremos reconhecer a fonte dos discursos, o princípio de sua expansão e de sua continuidade, nessas figuras que parecem desempenhar um papel positivo como a do autor, da disciplina, da vontade de verdade, é preciso reconhecer, ao contrário, o jogo negativo de um recorte e de uma rarefação do discurso. (FOUCAULT, 1996, p. 51/52).
Um princípio de <i>descontinuidade</i> : o fato de haver sistemas de rarefação não quer dizer que por baixo deles e para além deles reine um grande discurso ilimitado, contínuo e silencioso que fosse por eles reprimido e recalcado e que nós tivéssemos por missão descobrir restituindo-lhe, enfim, a palavra. Não se deve imaginar, percorrendo o mundo e entrelaçando-se em todas as suas formas e acontecimentos, um não-dito ou um impensado que se deveria, enfim, articular ou pensar. (p. 52).
Um princípio de <i>especificidade</i> : não transformar o discurso em um jogo de significações prévias; não imaginar que o mundo nos apresenta uma face legível que teríamos de decifrar apenas; ele não é cúmplice de nosso conhecimento; não há providência pré-discursiva que o disponha a nosso favor. Deve-se conceber o discurso como uma violência que fazemos às coisas, como uma prática que lhes impomos em todo o caso; e é nesta prática que os acontecimentos do discurso encontram o princípio de sua regularidade. (p. 53).
Quarta regra, a da <i>exterioridade</i> : não passar do discurso para o seu núcleo interior e escondido, para o âmago de um pensamento ou de uma significação que se manifestariam nele; mas, a partir do próprio discurso, de sua aparição e de sua regularidade, passar às suas condições externas de possibilidade, àquilo que dá lugar à série aleatória desses acontecimentos e fixa suas fronteiras. (p. 53)

Fonte: O autor (2023)

Em relação ao que é apresentado no quadro supracitado, é importante ressaltar que para trabalhar com a análise de discurso em Foucault, é necessário seguir alguns princípios que contrapõem “a história tradicional das ideias” (Foucault, 1996, p. 54), dentre eles: 1º) da inversão: neste é trabalhado a noção de acontecimento, sendo esse o modo de se opor ao entendimento de criação, em que se vai atrás do começo de tudo; 2º) da descontinuidade: aqui é apresentada a noção de série, para se contrapor a unidade das coisas, quer seja de uma época, obra etc., em que se busca a continuidade dos discursos; 3º) da especificidade: neste ponto, se é posto a noção de regularidade do discurso, confrontando a ideia da busca pela originalidade; 4º) da exterioridade: que visa buscar a condição de possibilidade que faz aparecer um discurso, excluindo dele o entendimento que se tem algo em seu interior, escondido, esperando para ser significado (Foucault, 1996).

Esses quatro princípios norteadores para realização deste método de análise de discurso se opõem diretamente a história das ideias⁶, em que a arqueologia proposta por Foucault (2008, p. 157) “[...] não se trata de uma disciplina interpretativa: não busca um ‘outro discurso’ mais oculto. Recusa-se a ser ‘alegórica’”. O problema que ela suscita é “[...] definir os discursos em

⁶ “A história das ideias é, então, a disciplina dos começos e dos fins, a descrição das continuidades obscuras e dos retornos, a reconstituição dos desenvolvimentos na forma linear da história.” (Foucault, 2008, p. 155-156). “Trata-se da disciplina das linguagens flutuantes, das obras informes, dos temas não ligados. Análise das opiniões mais que do saber, dos erros mais que da verdade; não das formas do pensamento, mas dos tipos de mentalidade (p. 155).

sua especificidade; mostrar em que sentido o jogo das regras que utilizam é irreduzível a qualquer outro; segui-los ao longo de suas arestas exteriores para melhor salientá-los” (Foucault, 2008, p. 157). A arqueologia define tipos e regras de práticas discursivas que atravessam obras individuais, às vezes as comandam inteiramente e as dominam sem que nada lhes escape; mas às vezes, também, só lhes regem uma parte (Foucault, 2008, p. 158). Ela se forma em “[...] nada além e nada diferente de uma reescrita: isto é, na forma mantida da exterioridade, uma transformação regulada do que já foi escrito. Não é o retorno ao próprio segredo da origem; é a descrição sistemática de um discurso-objeto.” (Foucault, 2008, p. 158).

Portanto, os discursos serão analisados a partir da leitura foucaultiana, a partir da qual ficaremos atentos a ficar “[...] simplesmente no nível de existência das palavras, das coisas ditas” (Fischer, 2001, p. 198), opondo-se assim às interpretações dos discursos a uma concepção de que se tem algo por trás, no breu, nas profundezas etc., e que o trabalho do pesquisador seria justamente o de desvendar a verdade oculta que estaria escondida no discurso. Então, se para Foucault não é objeto de análise o que está por trás do discurso, é, portanto, todavia ser capaz de analisar “[...] relações históricas, de práticas muito concretas, que estão ‘vivas’ nos discursos.” (Fischer, 2001, p. 198).

Neste sentido, seguiremos para apresentar nos próximos capítulos nossas análises, que situam conceitualmente e documentalmente, a emergência da população em situação de rua brasileira como uma descontinuidade na lógica de governo desta população e, como isto, apresenta-se e é construído como uma complexidade ao nosso trabalho como pesquisadoras/es, profissionais da psicologia e das políticas públicas no país.

3 PARA ALÉM DE UMA REVISÃO CONCEITUAL: estigma, preconceito e racismo estrutural

Este capítulo tem por objetivo apresentar não apenas uma revisão conceitual, mas também uma problematização, no campo da psicologia social, dos conceitos de preconceito, estigma e racismo estrutural, a partir de alguns textos que selecionamos. Todavia estes conceitos direcionados à população em situação de rua, resultaram em sujeitos que aparecem discursivamente por relatos de terceiros, aparecendo como vidas infames. Tal revisão ocorreu desde uma perspectiva foucaultiana, compreendendo as rupturas e continuidades históricas que estes textos propõem aos modos de construir conhecimento na psicologia social quando acessam ou operam com tais conceitos. Vamos circunscrever esta revisão ao nosso objeto de estudo.

Para alcançar esse objetivo, este capítulo será organizado da seguinte forma: inicialmente trataremos algumas narrativas do meu campo de trabalho profissional que permitirão formular as questões que movem a feitura deste capítulo. No segundo momento, faremos a revisão conceitual dos conceitos de preconceito, estigma e racismo estrutural no campo da psicologia social, e como eles permitem pensar meu objeto de estudo; considerando o contexto histórico em que emergem, quais problemas conceituais buscam resolver e quais resoluções propõem. A revisão desses conceitos não pretende ser exaustiva, porém, tem a premissa de apresentar como permitem construir diferentes apropriações de nosso objeto de estudo no campo da psicologia social. Por fim, retomarei o conceito de vidas infames, de Michel Foucault, para apresentar uma alternativa teórico- metodológica ao abordar minhas questões de pesquisa, também considerando algumas contribuições de Cecília Coimbra e outras autoras/es.

3.1 “*ELE É USUÁRIO DO ATITUDE, NÉ!?*”: Narrativas sobre uma vivência

Atuo com pessoas em situação de rua e vulnerabilidade social desde 2016. Por cerca de um ano, trabalhei no Centro de Acolhimento Institucional Para Pessoas e Famílias em Situação de Rua (Albergue Municipal de Caruaru). Em seguida, adentrei no Programa ATITUDE (Programa de Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus Familiares), que é uma iniciativa do governo do Estado de Pernambuco. Também prestei consultoria à Secretaria de Saúde de Caruaru, em um serviço direcionado às crianças e adolescentes, de 12 a 18 anos,

que faziam uso de substâncias psicoativas, em sua maioria com trajetórias de rua.

Para auxiliar na contextualização e problematização dos conceitos aqui discutidos, apresentarei o Programa ATITUDE, o serviço dentre os que atuei como psicólogo. Foi um dos que mais me aproximou da população em situação de rua. Programa que deu origem às primeiras inquietações para construção desta pesquisa e dissertação, sobretudo por ter possibilitado o acompanhamento da relação dos usuários do ATITUDE com os serviços de saúde em Caruaru, município do interior do Estado de Pernambuco, no nordeste brasileiro.

O Programa ATITUDE se divide em quatro modalidades: 1) *Atitude nas ruas*, que tem como foco a abordagem de rua, no qual trabalhei por três anos; 2) *Centro de Acolhimento e Apoio*, que consiste em uma casa de passagem; 3) *Centro de Acolhimento Intensivo*, que se caracteriza como proteção integral com até seis meses de permanência, onde atualmente estou atuando como técnico social em Psicologia; e 4) *ATITUDE Moradia*, que trabalha na perspectiva do aluguel social. Em setembro de 2021, o Programa completou 10 anos de funcionamento, totalizando mais de 34.000 acolhimentos de seus usuários/as nesse período, e está vinculado à Secretaria de Políticas de Prevenção à Violência e as Drogas (SPVD), do estado de Pernambuco (Pernambuco, 2020).

Embora o foco central do ATITUDE esteja direcionado às pessoas que fazem uso abusivo e/ou tenham dependência de substâncias psicoativas (SPA), o serviço acolhe majoritariamente usuários com vivências em situação de rua, trabalhando diretamente com a Política Nacional Para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009a), o que não parece ser algo arbitrário, mas que sinaliza também como o uso abusivo e/ou dependência de substâncias psicoativas estão relacionados às vulnerabilidades sociais e situação de rua no nosso país. Dentro do contexto do ATITUDE, existem serviços que promovem espaços de transformação e organização para pessoas em situação de rua, a fim de minimizar a exposição às violências e aos riscos que a exposição da moradia nas ruas possa causar (Pernambuco, 2020). Portanto, são usuários do ATITUDE:

[...] crianças, adolescentes, adultos e idosos usuários de crack e outras drogas e seus familiares, prioritariamente os que estejam com grande exposição à violência, ameaça de morte, vulnerabilidades em níveis complexos e condição crônica de rua, e que **voluntariamente** desejam vincular-se aos serviços ofertados pelo programa” (Pernambuco, 2020, p. 39, grifo nosso).

A partir do tempo de trabalho nessas instituições, observei entraves no acesso desses usuários aos serviços de saúde da cidade, principalmente das pessoas que estavam em situação

de rua. Como resultado, era comum que os usuários/as dos serviços da Assistência Social apresentassem resistência para acessar a rede de saúde sozinhos/as, informando-nos que só acessariam serviços de saúde se fossem acompanhados/as por um/a profissional da instituição em que estavam acolhidos/as. Após acompanhar e acolhermos em vários momentos estes usuários na rede de saúde no município, pude observar o estigma que persegue esta população.

Para compreender conceitualmente o estigma, traremos para discussão as proposições de Erving Goffman (2004). O autor aponta que uma característica do estigma é a visibilidade de algum componente que representa determinada condição. Algo que pode ser facilmente percebido por outros. Tomemos como exemplo, a condição de ser uma pessoa com deficiência visual. Uma pessoa acompanhada de um cão guia e uma bengala sinaliza aos que compartilhem do mesmo espaço que ali se apresenta uma pessoa com deficiência visual.

No caso de pessoas em situação de rua, podemos facilmente resgatar algumas características, que visualmente sinalizam que aquela pessoa está em condição de rua: portar mochilas/colchonetes, aparência física destoante dos padrões dispostos socialmente, entre outras. Neste ponto, podemos nos questionar: se os atributos visuais comunicam à sociedade o que é uma pessoa em condição de rua, ela se comunica a partir da condição de vida nas ruas? Ou seja, antes de sequer proferir alguma palavra, esta pessoa sempre será reconhecida como uma pessoa em situação de rua, e é isso que caracteriza o estigma?

Para reiterar esta problematização, propomos a afirmação de Goffman (2004), para quem a visibilidade de um sujeito estigmatizado é, todavia, aquilo que ele possa apresentar com a sua presença sem que seja antes conhecido pelos outros que o estigmatizam. Portanto, uma pessoa que chegue em uma unidade de saúde solicitando atendimento médico, apresentando algo que destoe das vestes socialmente impostas, da falta de documentos que é incomum àqueles domiciliados, ou que esteja sob efeito de substâncias psicoativas, ou mesmo que tenha sido encaminhada por um serviço que acolhe pessoas em vulnerabilidade social⁷, possa representar rapidamente um fator estigmatizante, colocando-a como uma pessoa que vive nas ruas.

Isto se potencializa, e até se concretiza, quando a ficha do/a usuário/a do serviço de saúde é realizada. “Qual é o seu endereço, número para contato, documento de identidade?” Esses sujeitos que vivenciam uma grande vulnerabilidade social acabam por perceberem os ambientes que deveriam ofertar cuidados em saúde, como hostis, pouco convidativos e como

⁷ Centro de Acolhimento Para Pessoas em Situação de Rua (Albergues Municipais); Programa ATITUDE; Centro Pop.

instrumentos que reforçam estigmas direcionados a eles (Bastos; Bertoni, 2014).

Na minha trajetória profissional, vivenciei diversas destas situações. Presenciei² um profissional da saúde, logo após entrarmos (eu e o usuário) em uma sala de atendimento de saúde, me perguntar: “*Ele é usuário do ATITUDE, né!?*”. Além de estar com um crachá que identificava o programa, respondi que sim, que a pessoa estava acolhida no ATITUDE, que estava sentindo muitas dores na região da barriga e que precisava de atendimento médico.

Como discutimos anteriormente, quando estamos falando sobre estigma, em muitas situações não é necessário proferir nenhuma palavra sequer que nos apresente como tal: não foi necessário que nós, profissional e usuário do ATITUDE, informássemos que éramos um profissional e um usuário de um serviço público. A farda, o crachá e a aparência física do usuário foram suficientes para comunicar ao profissional de saúde que aquela era uma pessoa em situação de rua, usuária com dependência – ou uso abusivo - de substâncias psicoativas, albergada em um serviço público.

Fui agilizar algumas questões burocráticas do serviço, e, após isso, acompanhei a triagem. Logo em seguida, avisei que iria para uma outra demanda de trabalho e que ao término do procedimento necessário voltaria para buscá-lo no mesmo local.

Após isso, o mesmo profissional da saúde disse⁸: “*ele não pode ficar só aqui sem você acompanhá-lo. Ordens da médica*”. Prontamente, retruquei o que foi dito, bem abismado: “*mas ele não está sozinho aqui, está com vocês. Ele não é só usuário do ATITUDE, é usuário da rede, inclusive daqui. E a médica não pode passar por cima do SUS e eximir o direito fundamental ao atendimento dele*”⁹. E assim, após meu posicionamento, é que ele foi atendido e ficou no local. Foi perceptível a angústia através do semblante do usuário, muito embora durante toda a discussão a sua fala estivesse silenciada perante a violência. Na volta, já no carro, ele relatou que já havia ocorrido situações parecidas em outros espaços.

A partir desta situação, podemos perceber como a inserção da população em situação de rua como sujeitos de direitos nas políticas públicas constrói novas formas de estigma e estigmatização, ou seja, nesta situação aqui relatada, ser usuário do ATITUDE, programa notoriamente conhecido em Pernambuco por acolher e albergar pessoas em situação de rua e usuários de crack e outras drogas, se apresenta como um estigma e resulta em situações de

⁸ Cena que envolve um profissional de saúde da rede pública, um usuário do Programa ATITUDE que vivia em situação de rua há anos, e um psicólogo do ATITUDE, que acompanhava o usuário no encaminhamento a uma unidade de Pronto Atendimento

⁹ Art. 4º Parágrafo único. “É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência [...]” (Brasil, 2009c, p. 01).

discriminação e preconceito.

Nesta discussão, é de fundamental importância considerarmos o atravessamento da raça e do racismo. De acordo com a Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua, 67% dos entrevistados se autodeclararam parte da população negra (Brasil, 2009b). Com uma porcentagem tão alta de pessoas negras nas ruas, precisamos dialogar sobre o racismo. Em nosso país, existe uma tendência e um *modos operandi* de negação, sobretudo devido ao mito da “ideologia da democracia racial”, apoiado pelos discursos produzidos pela crença numa suposta meritocracia, como problematiza Almeida (2019):

Se não há racismo, a culpa pela própria condição é das pessoas negras que, eventualmente, não fizeram tudo que estava a seu alcance. Em um país desigual como o Brasil, a meritocracia avaliza a desigualdade, a miséria e a violência, pois dificulta a tomada de posições políticas efetivas contra a discriminação racial, especialmente por parte do poder estatal. No contexto brasileiro, o discurso da meritocracia é altamente racista, uma vez que promove a conformação ideológica dos indivíduos à desigualdade racial (Almeida, 2019, p. 51-52).

Não podemos ignorar a herança da escravidão no Brasil, que deixou marcas incontestáveis na população negra do país, com histórico de negação de direitos básicos de vida, o que corrobora e nos sinaliza as razões da parcela significativa de pessoas negras que estão em situação de rua (Almeida, 2019).

Cláudia Brito e Lenir Silva (2022) discutem que todos esses componentes que envolvem a população em situação de rua constroem preconceitos que estruturam a visão social sobre os indivíduos componentes desse grupo populacional, o que faz com que as próprias pessoas que estão em situação de rua reproduzam discursos que os reforcem. Também não é incomum que os próprios profissionais da rede, seja no SUS ou SUAS, preconcebam que estas pessoas estão na rua porque teriam se tornado perigosas aos seus familiares, ou por serem estigmatizadas como drogadas, loucas etc.

Como nos situa a cartilha do Ministério da Saúde (Brasil, 2014), chamada de “Saúde da População em Situação de Rua: Um direito humano”, historicamente essa população é abordada nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) através de práticas de discriminação. A cartilha, para além de expor diretrizes e ações voltadas à População em Situação de Rua – (PSR), também propõe-nos refletir e construir práticas que reajam aos preconceitos que acometem essas pessoas no SUS, sensibilizando os profissionais, de modo geral, ao seu cuidado e acolhimento, garantindo o acesso à rede de serviços de saúde (Brasil, 2014).

3.2 O ESTIGMA E O SUJEITO ESTIGMATIZADO

Goffman (2004) nos traz a conceituação de estigma para o centro das discussões. Utilizado desde os gregos antigos, a expressão aportuguesada por nós como *estigma* foi criada pelos gregos para situar aquilo que sinalizava no corpo do indivíduo algo de ruim ou extraordinário sobre a posição moral do sujeito que o possuía, sendo esses os escravos, os traidores do império, os que violavam as leis, que teriam os seus corpos marcados – a ferro e fogo, a cortes – para que pudessem ser evitados socialmente. Já na Era Cristã, foram acrescentados dois entendimentos a esse termo, o primeiro deles diz respeito ao estigma religioso no qual marcas apareciam no corpo, por vezes imitando as feridas de Jesus Cristo na crucificação, mostrando assim um sinal de divindade; o segundo seria advindo da medicina, em que os sinais no corpo sinalizam um distúrbio (Goffman, 2004).

Goffman (2004) relata que há três tipos de categorias de estigma que poderíamos facilmente diferenciá-las umas das outras, seriam elas: 1) As que estão correlacionadas ao que ele chama de *abominações do corpo*, que consiste nas pessoas com deficiências físicas e/ou *deformidades*; 2) *As culpas de carácter individual* que seriam colocadas pela desonestidade, crenças falsas, vontade fraca, sendo essas deduzidas através de relatos de prisão, de dependência de substâncias psicoativas, de desemprego, de tentativa ou ideação suicida etc. 3) A última comporia *os tribais de raça, nação e religião*, são esses o que Goffman diria que poderia ser passado aos indivíduos de uma mesma família por exemplo, ou de uma mesma localidade apenas por ser daquela região. Mas em qual desses três tipos de estigma poderia estar a população em situação de rua? Mirna Teixeira *et al.* (2019) afirmam que:

O segundo tipo está representado no caso das pessoas em situação de rua ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas, na medida em que são estigmas ligados à atitude individual, a uma percepção de fragilidade do carácter como vontade fraca para interromper o uso da droga; vagabundas porque não conseguiram emprego e também perigosas por serem temidas pela sociedade visto que são percebidas como agressoras (p. 93).

Além desses três tipos de estigma propostos por Everning Goffman (2004), existe também uma certa distinção entre os sujeitos estigmatizados. Logo a seguir apresentamos um quadro (3) para facilitar a compreensão sobre o conceito de estigma e do que Goffman relata sobre a distinção do sujeito estigmatizado desacreditável e do estigmatizado desacreditado:

Quadro 3 - O que é o Estigma; estigmatizado desacreditado; e o estigmatizado desacreditável

Estigma	“Um estigma, é então, um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo, embora eu proponha a modificação desse conceito, em parte porque há importantes atributos que em quase toda a nossa sociedade levam ao descrédito.” (GOFFMAN, p. 07). O autor define o <i>estigma</i> como sendo “a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena.” (p.04).
Estigmatizado desacreditado	“Assume o estigmatizado que a sua característica distintiva já é conhecida ou é imediatamente evidente” (GOFFMAN, P.07).
Estigmatizado desacreditável	“Assume o estigmatizado que a sua característica distintiva [...]” “não é nem conhecida pelos presentes e nem imediatamente perceptível [...]” (GOFFMAN, P.07).

Fonte: O autor (2023)

O quadro apresentado (3) facilita a compreensão do conceito de estigma e o que podemos chamar de uma subclassificação deste conceito, utilizada para explicitar como o sujeito identifica a característica que lhe distingue. Ou seja, os indivíduos estigmatizados podem vivenciar essas duas perspectivas mostradas no quadro acima – desacreditado e desacreditável – sendo o *desacreditado*, por exemplo, aquela pessoa que ao cair no meio da rua é lida popularmente como uma pessoa digna de pena etc., mas isto porque ela usa muletas para se locomover, atribuindo a isto uma suposta incapacidade de locomoção. No entanto, a pessoa repete em alto e bom som que foi o desnível (buraco) na via o motivo dela ter caído.

O outro exemplo, agora do *desacreditável*, seria o sujeito que consegue esconder determinadas características consideradas passíveis de pena, medo, escárnio, entre outras, com até certa facilidade, inclusive, para um grupo social maior. Já para um grupo menor (o qual se faz parte), são características que o estigmatizam (Goffman, 2004). No primeiro grupo (o grande) o indivíduo se camufla, no segundo (pequeno) ele se assegura. A parte a que nos ateremos no estigma, condiz com o indivíduo que a sociedade condiciona a não estar habilitado, plenamente, a ser aceito por ela, remetendo ao estigma como compreendido pelos gregos. Porém há sujeitos marcados não mais por fogo e mutilações, mas por características que os coloquem em um determinado lugar, como sujeitos que vivem nas ruas, considerados à margem da sociedade.

Todavia, Goffman (2004), a fim de diferenciar os indivíduos estigmatizados de outros, chama esses de normais, colocando a si mesmo nessa categoria, com a premissa de mostrar como as atitudes dos ditos normais podem reverberar nos que possuem algum estigma. Por

sua vez, entendemos nesta operação que destacamos como a brancura e os marcadores cis heteronormativos são elementos tidos como normalizadores de vidas e existências, não constituindo para o autor elemento de tensão ou de questionamento nas relações de poder entre diferentes pessoas, o que situa suas análises na esfera de uma branquitude hegemônica que não questiona seus próprios privilégios.

As atitudes que nós, normais, temos com uma pessoa com um estigma, e os atos que empreendemos em relação a ela são bem conhecidos na medida em que são as respostas que a ação social benevolente tenta suavizar e melhorar. Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida: Construimos uma teoria do estigma; uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social (Goffman, 2004, p. 08).

Ao finalizar esta citação, o autor discute sobre os perigos de uma teoria que apesar de importante para compreensão da dinâmica social que envolve a população em situação de rua, ao sinalizar os mecanismos que a envolvem, ironicamente reforça ainda mais o que se propõe explicar: o estigma. Neste ponto da discussão, cabe-nos reiterar que toda esta discussão precisa ser realizada de forma responsiva, ou seja, não se trata de uma anatomia arbitrária do estigma que envolve a população de rua, mas sim de uma teorização de um autor branco cis sobre as repercussões desse estigma na vida destes sujeitos.

Conforme Lia Schucman e Iolete Silva (2022, p. 35): “se há algo que todos os estudos de branquitude vão dizer é que a branquitude se construiu nessa falsa ideia de superioridade. Esse engodo é a branquitude”. Neste sentido, considerar-se normal ou estabelecer uma relação com os outros a partir de uma normalidade atribuída a determinados marcadores sociais indica a presença de uma branquitude que não questiona a si, nem aos seus privilégios historicamente construídos.

3.3 O PRECONCEITO E A REVERBERAÇÃO NO SUJEITO

Neste subtópico, dialogamos sobre o conceito de preconceito a partir da Psicologia Social no Brasil. Porém, falar sobre esse fenômeno tão complexo não é fácil. Não pretendemos esgotar a discussão, mas sim explicá-la brevemente. No Brasil, o preconceito se manifesta a partir de práticas no dia-a-dia e através de atitudes direcionadas ao/aos outro/s, todavia, e

principalmente, através de uma estrutura social excludente de populações que historicamente são discriminadas pela comunidade, separando de modo desigual os sujeitos, grupos e classes (Pérez-Nebra; Jesus, 2011). As mesmas autoras ainda vão mostrar que falar sobre este tema em um país que tem uma sociedade conhecida como sendo de uma mistura completa de pessoas muito distintas, é uma tarefa complicada, pois a nossa sociedade, de modo geral, não se reconhece como preconceituosa o que acaba por desviar esse tema nos mais abrangentes ambientes sociais.

A branquitude tal como entendemos e nomeamos hoje é um resultado, ela não é aquilo que está lá na origem, ela é resultado da colonização, depois do processo de como o capitalismo incorporou a ideia de raça e do imperialismo. Então ela é o resultado que vai dar um lugar de privilégio material e simbólico para as pessoas que são consideradas brancas no mundo. Agora uma coisa muito importante é que as pessoas que são consideradas brancas no mundo muda conforme o local e a história de cada lugar. Por exemplo, judeus e árabes não são brancos na Europa, mas ao chegarem no Brasil são brancos, porque no Brasil o racismo é anti-indígena e antinegro. Isso não quer dizer que não tenha preconceito com outros grupos, e aí talvez seja muito importante a gente fazer uma diferenciação daquilo que é racismo com preconceito. Eu gosto de dizer que o antissemitismo é um preconceito contra judeus. Tem antissemitismo no tecido social no Brasil? Tem. As pessoas podem falar mal de Deus. Isso faz com que essas pessoas não tenham acesso à saúde, educação, organiza o estado? Não. Então nem sempre o preconceito vai ser algo ligado a dominação racial-estrutural, ele pode ser um preconceito que não é de dominação racial-estrutural. Agora o antissemitismo na Alemanha nazista configurava a estruturação do estado? Sim. No caso do Brasil, nós estamos falando de um estado que se organiza a partir do racismo antinegro e anti-indígena. Quando a gente fala daquele que se organiza, o estado, a gente está dizendo que o racismo é estrutural (Schucman; Silva, 2022, p. 33).

Podemos então dizer que em nosso país, a dificuldade e/ou o não reconhecimento do preconceito diariamente cometido nos meios sociais pode ser visto através do racismo, por vezes chamado de cordial, para contrapor o que chamamos de escancarado, como visto em uma pesquisa publicada pela Folha de São Paulo, em 25 de junho de 1995, que visa a opinião de pessoas sobre ter o preconceito racial, levantando mais de 5 mil entrevistas em todo o Brasil. O resultado desta pesquisa de opinião é que a maioria nega ter preconceito racial, mesmo sendo um fato social que o nosso país é racista e preconceituoso com a sua população negra (Pérez-Nebra; Jesus, 2011).

Mas, como surgem as atitudes preconceituosas? Segundo Patrícia Devine (1995) *apud* Pérez-Nebra e Jesus (2011), o preconceito e a discriminação ocorrem devido a pessoas que estão em seus grupos (internos) perceberem as outras pessoas que estariam pertencentes a outros grupos (externos) como possuindo em maior grau homogeneidades, por exemplo, de como se portam, de suas características etc., do que a si próprias.

Marcus Lima e Jorge Vale (2003) mostram que isso acaba por gerar infra-humanização, que é o resultado direto da negação de sujeitos de grupos externos devido a suas características do que os autores chamam de tipicamente humanas, como a linguagem, a expressão de sentimentos, os valores, entre outras, podemos dizer características tipicamente atribuídas à branquitude hegemônica. Estas características acabam por serem utilizadas para a infra-humanização de grupos deslegitimando-os do grupo social, atribuindo-lhes aspectos de modo profundamente negativos, o que já legitimou em plena segunda guerra mundial a prisão e extermínio da população judaica pelos nazistas.

Para entender melhor sobre o preconceito, é importante saber que ele é parte central de três passos que serão pontuados mais à frente, no quadro 4, por ordem de processo de surgimento, assim como nos mostra Amalia Pérez-Nebra e Jaqueline Gomes de Jesus (2011):

Quadro 4 - O que são o estereótipo; o preconceito; a discriminação

ESTEREÓTIPO	“[...] o estereótipo é a base do preconceito. Sem ele não é possível existir o preconceito. O estereótipo é uma atribuição de crenças que se faz a grupos ou pessoas (conscientes ou inconscientes). “Dessa maneira, não é possível ter um estereótipo de um jornal, mas sim de jornalistas. Estereótipo refere -se, portanto, a crenças e atributos compartilhados sobre um grupo. Essas crenças compartilhadas são generalizações que se fazem sobre os grupos.” (p. 223).
PRECONCEITO	“O preconceito é uma manifestação que ocorre nos diversos níveis sociais e educacionais da sociedade [...]” (p.222) “[...] o Preconceito é a atitude relacionada a crenças com relação ao objeto.” (p.226). “Alguns autores argumentam que ele pode ser inerente à natureza humana, outros que advém de um processo de aprendizagem ou do contexto social e cultural do indivíduo” (p. 226).
DISCRIMINAÇÃO	“As diversas formas de discriminações são Institucionalizadas nas organizações por meio de sistemas de opressão social amplamente conhecidos como os “ismos”: racismo institucional, machismo, homofobia, entre outros. Tais práticas, em geral relacionadas ao assédio moral, podem convergir em qualquer forma de violência.” (p. 228).

Fonte: O autor (2023)

Em termos desses três passos, o preconceito surge após o estereótipo e antes da discriminação. Para o senso comum, esses termos podem se equivaler, mas em pesquisa não o são, pois fazem parte de uma correlação fundamentada, como discutem Fiske e Taylor, 2008;

Kimble *et al.* 2002; Rodrigues, Assmar e Jablonski, 2000, *apud* Pérez-Nebra e Jesus (2011, p. 222):

1. Juntamos pessoas em grupos para que possamos interagir com elas. Caso não fizermos isso, não saberíamos o que fazer com cada pessoa nova que aparecesse na nossa frente, seríamos catatônicos. Ou seja, se virmos alguém vestido de terno e gravata vamos reagir diferente de alguém vestido com chinelo e bermuda. 2. A partir desse agrupamento, fazemos julgamento sobre esses grupos. Assim, agrupamos os biólogos, os advogados, os heterossexuais, os homossexuais e demais grupos, e julgamos que “heterossexual é normal, e homossexual não é normal”, pessoas que fazem “biologia são bacanas e advogados são formais”. Destaca -se que agrupamos várias pessoas em vários grupos e que nós mesmos fazemos parte de diversos grupos sociais: homens, mulheres; jovens, adultos, idosos; orientação sexual; religiosa; cor de pele; formação acadêmica; etc. O passo 3 é o comportamento que ocorre em acordo com o julgamento que fazemos. Esse é o momento que estamos com alguém que faz biologia e como nos comportamos na mesa do boteco, ou como tratamos um homossexual quando somos apresentados a ele ou ela.

Portanto, o passo inicial para a categorização que se é feita pelo sujeito é o estereótipo; logo após surge a atitude sobre determinados grupos, e somente a atitude negativa é que se nomeia como preconceito; e, por último, pode surgir a discriminação, que é um comportamento atrelado ao preconceito (Pérez-Nebra; Jesus, 2011). Esses conceitos de esteriótipo, atitude, preconceito e discriminação são oriundos de uma matriz de pensamento da psicologia atrelados à psicologia social norte-americana e possuem um viés individualista na sua proposição e forma de concepção de subjetividade, aspectos dos quais nos afastamos do ponto de vista ético-político na forma que concebemos ciência e psicologia (Farr, 2013).

3.4 RACISMO ESTRUTURAL: racismos impregnados nas estruturas

[...] Mesmo depois de abolida a escravidão negra é a mão de quem faz a limpeza. Lavando a roupa encardida, esfregando o chão, negra é a mão, é a mão da pureza. Negra é a vida consumida ao pé do fogão, negra é a mão, nos preparando a mesa. Limpando as manchas do mundo com água e sabão, negra é a mão, de imaculada nobreza [...] (Gilberto Gil – Mão da limpeza)

O tema sobre o racismo é, sem dúvidas, delicado. Ainda mais quando é um indivíduo de pele clara que o discute, como eu. Todavia, pretendo trazer algumas contribuições pontuais sobre o racismo no Brasil. Antes de mais nada, peço licença aos negros e negras, pretos e pretas, mestiços e mestiças, aos povos originários, para que eu possa trazer esta discussão com respeito e compromisso social.

A raça historicamente surge como meio de criar classificações, primeiramente com a

premissa de distinguir espécimes entre a fauna e flora (Almeida, 2019), por exemplo, Silvio Almeida (2019) traz o exemplo do cachorro Pastor Alemão criado na Alemanha a partir do século XIX, foi possível devido a mistura de raças cães pastores que já eram existentes nesse país. Silvio Almeida (2019, p.18) afirma que “há grande controvérsia sobre a etimologia do termo raça”, porém a mais aceita é essa na qual o termo está ligado a estabelecer classificações, todavia só mais tarde é que o entendimento de raça irá perpassar entre os humanos, já no século XVI (modernidade), constituindo a história da raça – agora entre os humanos – “[...] a história da constituição política e econômica das sociedades contemporâneas” (Almeida, 2019, p.18). Também Achille Mbembe (2014) afirma que o colonialismo e o capitalismo foram fundamentais à construção do racismo, sem o qual as sociedades ocidentais capitalistas não teriam se consolidado.

Já que levantamos rapidamente como surge o conceito de raça, partiremos agora ao conceito de racismo e a sua diferença entre o preconceito racial, como também da discriminação racial, fundamentado em Silvio Almeida (2019). Para isto utilizaremos o quadro 5, a fim de ajudar na explicação desses conceitos:

Quadro 5 - Conceitos discutidos por Silvio Almeida sobre racismo, preconceito racial e discriminação racial

RACISMO	“Podemos dizer que o racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam”(p.22).
PRECONCEITO RACIAL	“O preconceito racial é o juízo baseado em estereótipos acerca de indivíduos que pertençam a um determinado grupo racializado, e que pode ou não resultar em práticas discriminatórias. Considerar negros violentos e inconfiáveis, judeus avarentos ou orientais “naturalmente” preparados para as ciências exatas são exemplos de preconceitos” (p.22)
DISCRIMINAÇÃO RACIAL	A discriminação racial, por sua vez, é a atribuição de tratamento diferenciado a membros de grupos racialmente identificados. Portanto, a discriminação tem como requisito fundamental o poder, ou seja, a possibilidade efetiva do uso da força, sem o qual não é possível atribuir vantagens ou desvantagens por conta da raça.

Fonte: O autor (2023)

Dentre as concepções de racismo, focaremos em três, que são o racismo estrutural; institucional; e o individual, a fim de pensar esses conceitos que, segundo o autor, estão respectivamente ligados a um processo relacional: racismo e economia; racismo e Estado, racismo e subjetividade (Almeida, 2019):

Quadro 6 - Conceitos discutidos por Silvio Almeida sobre Racismo Estrutural; Racismo Institucional; e Racismo Individual)

RACISMO ESTRUTURAL	“[...] o racismo é uma decorrência da própria estrutura social, ou seja, do modo ‘normal’ com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, não sendo uma patologia social e nem um desarranjo institucional.” (p.33)
RACISMO INSTITUCIONAL	“Sob esta perspectiva, o racismo não se resume a comportamentos individuais, mas é tratado como o resultado do funcionamento das instituições, que passam a atuar em uma dinâmica que confere, ainda que indiretamente, desvantagens e privilégios com base na raça.” (p.xx)
RACISMO INDIVIDUAL	“O racismo, segundo esta concepção, é concebido como uma espécie de “patologia” ou anormalidade. Seria um fenômeno ético ou psicológico de caráter individual ou coletivo, atribuído a grupos isolados [...]” “Sob este ângulo, não haveria sociedades ou instituições racistas, mas indivíduos racistas, que agem isoladamente ou em grupo.” Esta concepção individualista do racismo, para Silvio de Almeida, ela é limitada e frágil.

Fonte: O autor (2023)

Em consonância ao que é chamado de racismo estrutural, e que dá possibilidades de existência aos outros racismos, podemos então dizer que a este conceito está ligado o entendimento que a nossa sociedade tem em sua base o racismo, ela é racista. Então, se as instituições trazem em sua constituição o racismo, tirando e dando privilégios levando em conta a raça, é possível afirmar que há algo maior às instituições e aos indivíduos, engendrado pela ordem social. No entanto, há uma espécie de reprodução de algo que já está na estrutura social, assim o racismo só é estrutural em nossa sociedade por se tratar não de um desvio, exceção, mas de uma regra social e entendemos que essa estrutura que baseia o racismo, institui todos os racismos.

Em a defesa da sociedade, Foucault (2005) nos aponta a constituição do racismo em sua visão partindo da concepção da biopolítica, sendo o racismo definido pelo autor da seguinte forma: “é, primeiro, o meio de introduzir afinal, nesse domínio da vida de que o poder se incumbiu, um corte: o corte entre o que deve viver e o que deve morrer” (p. 304). Esse corte, essa divisão de raças, seria uma forma de fragmentação do biológico, vista – com força – a partir do século XIX, a dar subsídios a uma nova tecnologia de poder, o biopoder, que:

Aquém, portanto, do grande poder absoluto, dramático, sombrio que era o poder da soberania, e que consistia em poder fazer morrer, eis que aparece agora, com essa tecnologia do biopoder, com essa tecnologia do poder sobre a "população"

enquanto tal, sobre o homem enquanto ser vivo, um poder contínuo, científico, que é o poder de "fazer viver". A soberania fazia morrer e deixava viver. E eis que agora aparece um poder que eu chamaria de regulamentação e que consiste, ao contrário, em fazer viver e em deixar morrer” (Foucault, 2005, p.294).

Esta nova tecnologia tem o poder de propiciar - e aqui a partir da raça – quais as populações são deixadas morrer para que outras possam viver (Foucault, 2005). Nesta concepção, o fator racial pode ser (e ainda o é) utilizado como mecanismo de poder, partindo do princípio de que não há racismo sem interação social, o racismo é domínio, repressão, é a hegemonização de um grupo racial, em que este insiste em demonizar, inferiorizar, apartar, discriminar grupos minoritários, é o fator colonialista, eurocentrista, imperando sobre os povos originários, os quilombolas, os indígenas, entre outros povos historicamente assim tratados, como a população em situação de rua. Assim também, o racismo como tecnologia do biopoder não somente reprime, mas produz formas de ser e estar no mundo, ele constrói instituições, relações e ciências, práticas sociais e culturais em nossa sociedade.

Quando a gente diz que o racismo é estrutural, o que nós estamos dizendo? Que, se tudo acontecer em sua normalidade, o resultado vai ser racista, ou seja, ele não é uma exceção, ele não é algo que acontece às vezes, ele é a organização da estrutura social. Então, nesse caso, se a gente abrir um concurso, por exemplo, para juízes sem ação afirmativa, o resultado vai ser racista. Ou se a gente abrir um concurso em empresas para contratação, sem ação afirmativa, o resultado vai ser racista. E aí é importante a gente dizer que o racismo não se configura como algo moral, ele se configura, particularmente no Brasil, como o poder econômico, o poder político, o poder de decisão para onde vão os recursos econômicos, o poder jurídico, ou seja, o sistema de justiça está inteiramente nas mãos dos brancos. Então o racismo precisa ser desvincilhado dessa ideia moral daquilo que é visto como preconceito. Pensando que isso é estrutura da nação, a branquitude é um lugar de que? De privilégio material e simbólico, em qualquer sociedade estruturada pelo racismo, via de dominação racial de estado (Schucman; Silva, 2022, p. 34).

Para Lia Schucman e Iolete Silva (2022, p. 35), “essa falsa ideia de superioridade [da branquitude, logo uma superioridade racial] vai definir e direcionar os afetos, a subjetividade, o modo de estar no mundo”. Entendemos, nesta perspectiva, como as práticas de racismo são da ordem da produção, da criação de subjetividades e de afetos no mundo, o que Michel Foucault (1999) assinala em sua obra acerca do conceito de poder. Com isso, trabalharemos em nossa análise com o conceito de racismo, em detrimento aos de estigma e preconceito, colocando-o como força motriz das interdições nas políticas públicas da população em situação de rua, que é formada majoritariamente por pessoas pretas, pardas e pobres, estando o racismo como um projeto da branquitude para inferiorizar a população negra em seu histórico de dominação no país.

3.5 VIDAS INFAMES: sujeitos exasperados por relatos de outros

Os conceitos que apresentamos anteriormente – *Estigma*, *Preconceito*, *Racismo Estrutural* - são importantes para a abordagem em pesquisas sobre o que é vivido pelas pessoas em situação de rua, como podemos facilmente observar pelos relatos que trouxemos neste capítulo de uma sociedade que constrói um desfavorecimento à população em situação de rua. Em um dado momento, passando pelo Indianópolis – bairro da cidade onde moro – houve um abaixo assinado dos moradores do local para que fossem retirados dois equipamentos do bairro, o Centro Pop e o Centro de Acolhimento Para Famílias e Pessoas em Situação de Rua (Albergue Municipal).

Mas qual seria o motivo dessa movimentação? Os relatos dos moradores que pessoalmente eu mesmo ouvi, eram os seguintes:

[...] não aguentamos mais as nossas casas serem arrombadas/invadidas. Aqui a violência só aumentou depois que mandaram essas pessoas pra cá. Nós temos medo quando estamos voltando do trabalho para casa, o que piora quando se é a noite. Evitamos passar pela praça do albergue, pois eles se concentram lá durante o dia - ficam bebendo, usando drogas – para quando for por volta das dezoito e trinta, dezenove horas, entrarem no albergue, mas também é perigoso em toda rua, pois como vocês sabem, o Centro Pop fica na mesma rua do albergue, há uns cem metros só, alguns nem entram, ficam nas calçadas, nos abordam pedindo dinheiro, pedem comida nos restaurantes daqui, por vezes estão ‘drogados’. Temos medo!

Já os relatos, destacados a seguir de moradores do mesmo bairro, foram dados em entrevista a um jornal da TV aberta da Região, que leva como manchete: “Moradores do bairro Indianópolis, em Caruaru, reclamam de insegurança¹⁰”

Chega cinco horas da tarde, ninguém vem por aqui, que ninguém consegue. Fica com medo... porque eles ficam “tudinho” ali na praça, ali. [...] A gente tem muito medo... e o povo que mora nessa rua, todo mundo tem medo. [...] Tem gente que tem até medo de estar passando por aqui... com medo de ser assaltado

Na mesma reportagem, e após esses relatos dos residentes do bairro, o repórter emenda: “As abordagens, os assaltos, seriam feitos por pessoas em situação de rua, muitas

¹⁰ MORADORES reclamam de insegurança nas redondezas do albergue em Caruaru. **Globoplay**, Caruaru/PE, 14 nov. 2022. Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/11125105/>. Acesso em: 20 jun. 2023.

frequentadoras do Albergue Municipal [...]”, em outro trecho, diz que: “[...] Segundo os moradores dessa parte do Indianópolis, os suspeitos de furtos e roubos passam o dia juntos em alguns pontos do bairro.”

Esses relatos postos nessa reportagem de 2021, mostram como é vista a população em situação de rua, não apenas numa cidade interiorana do nordeste brasileiro, mas reflete uma realidade de **apartheid** populacional. Essa população de rua seria, portanto, portadores de riscos, perigos, ao bem estar social? Discurso este repetido pelas pessoas de bem?

A população em situação de rua entraria também no que Cecília Coimbra (2001) discute como as classes perigosas. Nesta discussão, encaixam-se as “[...] teorias sobre a natureza perigosa dos negros, mestiços e pobres em geral” (2001, p. 95), constituídas por práticas e estudos teóricos higienistas, sobretudo com foco urbano, pelo “poder de disciplinar política, higiênica e moralmente as ‘classes perigosas’ e a pobreza que, por sua natureza, é interpretada como um iminente perigo social” (Coimbra, 2001, p. 95).

A autora problematiza que, neste projeto higienista urbano, a casa é um importante instrumento, pois permite vigiar os indivíduos, que estão fixos em determinada localidade, diferente da “população nômade, fluida, diferenciada, heterogênea e múltipla das ruas” (Coimbra, 2001, p. 101).

Foucault (2006), em seu texto chamado A vida dos homens infames, analisa notícias, em textos produzidos entre os séculos XVII e XVIII, sobre pessoas desconhecidas e que foram presas ou passaram por algum tipo de julgamento e as únicas notícias que temos delas são breves relatos dessas instituições, são vidas singulares que são atravessadas por relatos breves, porém, intensos. Como o breve relato mencionado em seu texto, de Mathurin Milan:

Mathurin Milan. posto no hospital de Charenton no dia 31 de agosto de 1707: “Sua loucura sempre foi a de se esconder de sua família, de levar uma vida obscura no campo, de ter processos, de emprestar com usura e afundo perdido, de vaguear seu pobre espírito por estradas desconhecidas, e de se acreditar capaz das maiores ocupações” (Foucault, 2006, p. 204).

Essa infâmia que Foucault (2006) problematiza, diz respeito aos esquecidos, aos que se não fosse a relação de poder, o contato apressado com o poder os tocando com virulência, fazendo com que essas vidas apareçam infames, até o menor relato, notícia, não seria possível para estes a fama, o conhecimento nosso acerca deles. Portanto é a eles o que o autor chama de Infâmia estrita, aqueles que não possuem nenhum tipo de glória, onde a sua existência na memória que se postula só existe nas entrelinhas de palavras hediondas a respeito de torná-los

inqualificáveis de lembrança. O autor enfatiza a infâmia estrita para contrapor ao que ele chama de falsa infâmia, que comporiam aqueles que suas lembranças são postergadas, que possuem certa fama, mesmo que seja por lembranças bárbaras.

A população em situação de rua compôs, historicamente, esses sujeitos infames da loucura, como o do caso de Mathurin Milan, o que permanece até os dias atuais, pois as doenças psiquiátricas são apontadas com um dos principais motivos de tornar-se indivíduos em situação de rua; além da vadiagem, mendicância, que eram consideradas contravenções penais e punidas no Brasil, primordialmente, para as pessoas que viviam nas ruas, com penas efetivadas com detenções e prisões.

No caso da mendicância, desde 2009 não é mais considerada delito passível de qualquer penalidade judicial, a partir da sua revogação, pela Lei 11.983 de 2009 (Moreira, 2009). Contudo, em uma reportagem do início do ano de 2022, publicada no *site* da câmara dos deputados federais, apresenta-se a “vadiagem¹¹” como contravenção penal em pleno século XXI. Há, entretanto, um Projeto de Lei, 3158/21, de autoria de deputados/as do Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), em processo de tramitação, que propõem a sua retirada da Lei de Contravenções Penais. Para esses parlamentares “[...] a tipificação da lei, reflete perseguição histórica e institucional às camadas mais pobres e marginalizadas e se apoia em uma sociedade estruturalmente desigual, racista, segregada e discriminatória” (Machado; Doederlein, 2022, n.p).

Esta população, portanto, seria um risco ao bem social. Em séculos anteriores, seriam merecedores da *lettre de cachet*¹², do poder efetivado pelo soberano, mas que poderia ser solicitado pelos familiares, vizinhos, conhecidos e algozes daqueles que precisavam ser presos/detidos; aqueles que o poder de punição precisaria ser efetivado em nome do bem-estar social (Foucault, 2006).

Essas pessoas lidas socialmente como as degeneradas da história, os pobres, escravos e deficientes, são aquelas que escancaram a monstruosidade do ser pobre, aqueles que por sua

¹¹ “Atualmente, essa lei prevê prisão, de 15 dias a três meses, a quem se entregar “habitualmente à ociosidade, sendo válido para o trabalho, sem ter renda que lhe assegure meios bastantes de subsistência, ou prover a própria subsistência mediante ocupação ilícita” (Machado; Doederlein, 2022, n.p.).

¹² A *lettre de cachet* era a “ordem do rei dirigida diretamente a uma pessoa, obrigando-a a fazer ou deixar de fazer alguma coisa.” (Silva, 2009, n.p). A *lettre de cachet* com ordens de prisão, tida como a vontade expressa e particular do rei de fazer encarcerar um de seus súditos, fora das vias da justiça regular, não era senão a resposta a essa demanda vinda de baixo. Mas ela não era concedida com pleno direito a quem a pedia; uma inquirição devia precedê-la, destinada a julgar o fundamento da demanda; ela devia estabelecer se esse abuso ou essa bebedeira, essa violência e essa libertinagem mereciam, de fato, um internamento, e em quais condições e por quanto tempo: tarefa da polícia, que recolhia, para fazê-la, testemunhos, espionagens, e todo murmúrio duvidoso que faz névoa em torno de cada um. (Foucault, 2006, p. 214).

condição atual de pobreza e miséria, semeiam doenças pela cidade, tidos então como os responsáveis pelas desordens nas ruas, como bem pontua Lilia Lobo (2008).

No século XIX, para além da repressão policial ou intervenções filantrópicas, as pessoas consideradas pobres e miseráveis passam a ser corrigidas também pelo poder médico, que, através da técnica científica, atua nos corpos considerados degenerados. É a partir deste ponto que surge o que chamaremos de denúncia de Lilia Lobo (2008) sobre o poder que torna essas vidas infames, o que Foucault aponta a partir dos jogos de poder e nas vinculações que são produzidas junto a estes sujeitos.

Podemos relacionar essas discussões teóricas dos/as autores/as com os relatos apresentados no início deste capítulo, que estão presentes no discurso midiático sensacionalista e atribui a um segmento populacional a característica de sujeitos perigosos, infames, o que reforça práticas discursivas de objetificação de outros. Isto os situa como merecedores de intervenção da segurança pública e de distanciamento das cidades – quando se propõe, por exemplo, retirar os equipamentos de acolhimento e apoio para a Pop rua dos centros urbanos, afastando-os dos autointitulados cidadãos de bem. Todavia pretendemos deixar em evidência que não pretendemos trabalhar diretamente com os conceitos de Estigma e Preconceito, entretanto foram aqui discutidos para mostrarmos que esses dois conceitos são amplamente levantados quando se discute sobre a população em situação de rua e políticas públicas, o que por vezes acabam por suprimir o discurso da racialidade na interdição dessa população ao acesso e cuidados nas políticas públicas. Isto será melhor apontado no último capítulo desta dissertação.

A partir destas considerações, podemos nos questionar: como a população em situação de rua emerge como sujeitos de direitos para as políticas públicas no Brasil? Qual/quais acontecimento/s possibilitaram sujeitos, historicamente, postos como degenerados, infames, perigosos, a se tornarem objetos das políticas públicas?

4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO DE RUA NO BRASIL: algumas lutas por governo

A população em situação de rua tem um histórico de abandono pelo Estado Brasileiro. Isto se materializa historicamente quando esses sujeitos tinham como um dos únicos meios de subsistência bater de porta em porta em busca de alimentos e *esmolos*, expressão que popularmente ficou conhecida por representar o que era dado às pessoas em situação de rua. Entretanto, no desenrolar histórico, alguns acontecimentos perpassaram essa população. A criação do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) é um deles, e surge a partir de uma chacina na cidade de São Paulo, para lutar contra as injustiças históricas direcionadas às pessoas que têm na rua a sua moradia e o seu sustento, através da busca por garantias de direitos básicos de existência, subsidiadas a partir de políticas públicas.

Oficialmente, o MNPR é instituído em 2005, no 4º Festival do Lixo e Cidadania (Silva *et al.*, 2022). Além do MNPR, existem outros movimentos sociais que lutam a favor da Pop rua, a exemplo do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua, criado em meados da década de 1980.

O Movimento não pretende somente formar ou rever as práticas de atuação, mas também reunir os diferentes técnicos, educadores, diretores, funcionários etc, para discutir em conjunto suas práticas e se organizarem para interferir na política nacional (Movimento..., 1988, p.01)

Desta forma, neste capítulo iniciaremos com um caminho histórico sobre as dinâmicas que incluíram a PSR, mesmo que de maneira precária, nas políticas públicas do país, como a relação com as entidades sociais nesse processo, a criação da Lei Orgânica de Assistência Social e do MNPR e da Política Nacional Para a População em Situação de Rua. Para tensionar essas discussões, são utilizadas discussões de Robert Castel (2005) sobre o que o autor chama de sociedade de indivíduos, sociedade de insegurança total e sociedade de semelhantes.

Para compreender a resposta do Estado moderno a estas demandas e solicitações por garantias de direito pelo MNPR e outras instâncias, utilizaremos as discussões foucaultianas (Foucault, 2005) acerca do poder sobre a vida (biopoder) como modo de atuação nos territórios nacionais. “[...] O biopoder, que terá no corpo-espécie seu fundamento, ocupando-se dos processos biológicos da vida dos homens: proliferação, nascimentos e mortalidade, saúde, longevidade [...]” (Silva, 2013, p. 49). Com isso, a biopolítica como uma tecnologia do biopoder se utilizará desse poder sobre a vida para governar populações, dentre elas as mais vulnerabilizadas, como a população em situação de rua, por vezes fazendo viver através do

desenvolvimento de políticas públicas específicas; por outro lado, deixando morrer por representarem um risco, um perigo para a manutenção da espécie humana.

Neste mesmo capítulo, trazemos para a discussão outros conceitos foucaultianos, como governo, governmentação e governamentalidade para problematizar a relação do Estado Brasileiro com as políticas públicas para a PSR. Isto é feito a partir de um tensionamento com o cenário político brasileiro a partir da década anterior. Finalizamos este capítulo problematizando a pandemia de COVID-19, suas repercussões para a PSR e como atuou a política de vacinação no governo de Jair Bolsonaro nesta população.

4.1 O A PRIORI HISTÓRICO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E A PROTEÇÃO SOCIAL NA MODERNIDADE

Para compreender a inserção da população em situação de rua nas políticas públicas do país, é importante fazermos um breve passeio histórico que situa essa inclusão. Antes da criação e consolidação de políticas públicas no Brasil, responsabilizando o Estado como provedor de direitos básicos às populações, o sujeito em situação de vulnerabilidade e miséria acabava sendo aquele que contava apenas com a boa vontade do outro para sobreviver, quer seja da igreja ou da sociedade mais abastada, a partir das quais arranjava sopa ou um pedaço de pão em filas nas ruas ou após bater de porta em porta. Estas eram as únicas possibilidades de atenção para pessoas que estavam em situação de rua. No entanto, apesar dos avanços desta população nas políticas públicas, estas práticas ainda se fazem presentes no cotidiano de pessoas em situação de rua.

Vale salientar que tais práticas de solidariedade estariam atreladas à lógica do favor, de caridade, o que fazia com que o peito cristão de quem as fizesse inflasse de benevolência. O cristianismo tem uma concepção de assistência baseada na caridade, esse discurso de caridade cristã atua a partir de uma assistência fundamentada num ideário de amor fraterno àqueles que seriam *menos favorecidos*, que são estes: as crianças abandonadas, as pessoas em situação de rua, os idosos rejeitados por seus familiares, as pessoas com deficiências mentais e físicas, etc (Silva, 2006).

Essa concepção de caridade podemos encontrar em várias passagens da Bíblia, e a Igreja Católica, em virtude de sua hegemonia em nossa sociedade, difundiu-a por meio de um discurso repetitivo e moral, objetivando o equilíbrio e a harmonia entre os diferentes segmentos sociais, evitando assim, o perigo de conflitos e revoltas

daqueles que se encontram na miséria (Silva, 2006, p.327).

Para Coimbra (2011), a pobreza é vista como uma ferramenta de manutenção da riqueza, necessária ao capitalismo, pois para que o capital exista, ele precisa produzir miséria e a sua existência depende dela. Além disso, ressalta a forma como o capitalismo acaba por responsabilizar a pobreza pela sua própria existência, principalmente, através da criminalização: não basta produzir miséria, é necessário responsabilizar/culpabilizar as pessoas pobres pela sua condição.

Estas práticas de governo são advindas das sociedades modernas ocidentais, em que a propriedade do indivíduo, o direito à propriedade, é o que lhe dará proteção, não sendo à toa que este direito aparece na Declaração Universal dos Direitos Humanos e Cidadão, categorizada como não cedível, inalienável – assim cada um conseguiria se proteger por si, com seus próprios meios –, ou seja, aqui o individualismo é imperativo da base dessa sociedade (Castel, 2005).

Isto difere de uma sociedade de proteções próximas (pré-modernas), em que o grupo provém a proteção dos indivíduos a ele vinculado por uma rede de interdependências, em que o preço da insegurança é o pertencimento grupal, pois as pessoas são asseguradas pelo pertencimento direto a determinada comunidade (Castel, 2005).

O autor defende que as condições de proteção social da modernidade podem ser dispostas de uma outra maneira, não somente pelo Estado, que a partir de regras universais, anônimas, insuficientes e que, portanto, abstratas, se esvaem. Assim, é necessária a participação dos indivíduos nesse processo, não responsabilizando apenas a um desses atores na proteção social, como proposto por Castel (2005).

Para pensar sobre esse individualismo que a sociedade moderna constrói, trazemos a discussão de Robert Castel (2005, p.15), que defende que a sociedade se individualizou a partir da modernidade, e que, com isso, deixou parte de seus indivíduos e populações em vulnerabilidade. Estes continuariam sempre em guerra, concorrendo entre si. A partir disso, segundo o autor, surge uma contraditória *sociedade de indivíduos*.

Para o autor, “uma sociedade de indivíduos não seria mais, propriamente falando, uma sociedade, mas um estado de natureza. Isto é, um estado sem lei, sem direito, sem constituição política e sem instituições sociais” [...] uma “guerra de todos contra todos” (Castel, 2005, p. 15). Esta sociedade é constituída pela insegurança social para determinadas populações, relacionadas àqueles indivíduos não proprietários - não possuintes de garantias da sua proteção, ou seja, do capital, da propriedade -, resultando para estes uma insegurança contínua.

Seria, portanto, uma **sociedade de insegurança total**. Livres de todo regulamento coletivo, os indivíduos vivem sob o signo da ameaça permanente, porque não detêm em si mesmos o poder de proteger e proteger-se. Mesmo a lei do mais forte não pode estabilizar a situação porque Davi poderá matar Goliath, e porque o forte poderá sempre ser aniquilado, **nem que seja por um mais fraco que teria a coragem de assassiná-lo durante seu sono**¹³ (Castel, 2005, p. 15, grifo nosso).

Ainda de acordo com o autor, a resolução para essa insegurança não foi a divisão de bens e propriedades. Não houve um trabalho efetivo para a igualdade social. A sociedade segue segregada, principalmente salarialmente. Porém, foram protegidas por direitos e proteção social semelhantes: sem pensar as desigualdades imbricadas na construção social e salarial, apostando no lucro como premissa fundamental do ocidente capitalista. A isso, o autor dá o nome de *sociedade de semelhantes*, o que, à primeira vista, se contrapõe a essa premissa individualista, assegurando a coletividade como caminho constitutivo de proteção social pelo Estado, que aparentemente estaria realizando sua função social e política de garantia de proteção e seguridade social sempre a partir do mínimo, ou seja, da minimização dos riscos e nunca de sua resolutividade em um programa neoliberal programático e sistemático através do cálculo do poder em estatísticas e na construção de conhecimento nas ciências humanas (Castel, 2005; Foucault, 2008).

Para entender melhor sobre isso, tomemos como exemplo os direitos trabalhistas. São os mesmos, tanto para quem recebe um salário mínimo, como para quem recebe 15. À primeira vista, parece sustentar um ideário de semelhança e igualdade, mas certamente as condições sociais de ambos os trabalhadores são distintas, como também irão delimitar o acesso a outros direitos sociais e humanos, como a saúde, alimentação, moradia etc.

Assim, na argumentação de Castel, ser protegido em uma sociedade moderna, em uma sociedade de indivíduos, é poder dispor de direitos e de condições mínimas de independência. Lembrando que a proteção social não é somente a concessão de benefícios, mas uma condição básica para todos. A proteção social é a condição para formar uma sociedade de semelhantes, o que podemos chamar de democracia (Rosário, 2005).

Nesta perspectiva, a proteção social é desenvolvida por sistemas de regulações coletivas,

¹³ Apesar de não serem os “mais fracos” que geralmente queimam pessoas em situação de rua enquanto estas dormem, as dinâmicas sociais que atravessam a vida destas populações refletem essa sociedade de insegurança total, mesmo que não estejamos mais na modernidade.

sendo o direito dos indivíduos construídos junto ao Estado. Assim, os sujeitos serão protegidos pelos seus pertencimentos aos grupos (comumente relacionados ao trabalho) (Castel, 2005).

Questionamos sobre como esse ideário de sociedade dos semelhantes é problemático para a população em situação de rua, visto que numa sociedade capitalista, é o trabalho que mais aproxima e torna os sujeitos pertencentes a determinados grupos. Para essa população, surge então uma estratégia de fortalecimento coletivo, a luta do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR), com o intuito de lutar por políticas de proteção social para este grupo populacional que vinha sofrendo – e ainda sofre – inúmeras violências por essa sociedade de propriedades, necessitando assim de políticas públicas por não ser reconhecido como uma população de sujeitos de direitos.

4.1.1 Movimento Nacional da População de Rua e as Políticas Públicas

Podemos dizer, a partir das disputas travadas pelo MNPR, de uma construção de possibilidades para o surgimento de políticas públicas de Estado mais efetivas, atuantes com a população em situação de rua no país; a partir de suas localidades e territórios, buscou afastar-se de uma perspectiva assistencialista e individualista de atuação, para o desenvolvimento de ações, práticas coletivas e políticas públicas, responsabilizando o Estado pela sua execução. Este movimento social tem por função proteger a população que está em situação de rua das repercussões desta sociedade de insegurança total, travando disputas para que esta população fosse reconhecida como uma coletividade que necessitava de direitos sociais e humanos.

Esta movimentação se distancia e diferencia, e é muito bem pontuada por Robert Castel (2005), da proteção por proximidade, que seria a proteção coletiva pré-industrial, ocorrida entre os entes de uma comunidade, a partir de familiares, pessoas próximas, vizinhos, etc. Não obstante, esta proteção agora parte para outras dimensões, se torna regulamentada, jurídica, mais complexa, de alto custo, demanda prioritariamente do Estado legitimá-la e financiá-la, suscitando constantes disputas entre o Estado social e os processos de individualização do Estado neoliberal. Para isto é necessário criar cenários de proteção civil e social, que amparem a população, e que a proteção se vincule a garantir “as liberdades fundamentais e defende a segurança dos bens e das pessoas no quadro de um Estado de direito” (Castel, 2005, p.07). Já em relação à *proteção social*, Castel (2005, p.07) escreve:

[...] “que cobre” contra os principais riscos suscetíveis de acarretar uma degradação

da situação dos indivíduos, como a doença, o acidente, a velhice sem recursos, as circunstâncias imprevisíveis da vida que podem culminar, em casos extremos, na decadência social.

É no início do século XXI que encontraremos os primeiros esforços do que, futuramente, viria a se tornar de forma organizada o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) do Brasil. O movimento se constitui principalmente pela busca de direitos e políticas públicas para essa população negligenciada pelo Estado e alvo de preconceito e discriminação por parte da sociedade, principalmente pelas repercussões da mídia jornalística brasileira, que delimita essa população ao campo da violência, criminalidade e dependência química (Fernandes, 2018).

O MNPR problematizou – e segue problematizando – o lugar em que as pessoas em situação de rua eram e são posicionadas, pessoas que até então na linguagem e imaginário social eram vistas apenas como mendigas, drogadas, perigosas e a escória da sociedade. Para ser mais específico, foi logo após o massacre da Sé¹⁴ que foi criado esse movimento de luta da população de rua:

Entre os dias 19 e 22 de agosto de 2004, 15 pessoas em situação de rua foram brutalmente atacadas enquanto dormiam na Praça da Sé, localizada no centro da cidade de São Paulo. Esses ataques resultaram no assassinato de 7 pessoas, além daquelas que ficaram gravemente feridas. O episódio, lembrado por sua covardia e a impunidade aos responsáveis pelos crimes, ficou conhecido como “Massacre da Sé”. Essa data, que não pode ser esquecida e precisa seguir nos indignando, fez de 19 de agosto o Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua. A data, que resulta de intensa mobilização e construção de grupos da população em situação de rua, simboliza a memória das vítimas, a luta por direitos e a garantia da cidadania dessa população (Crônicas do dia a dia, 2021, n.p).

É importante considerar que antes do Movimento Nacional da População de Rua ser criado de maneira mais organizada em meados dos anos 2000, na década de 1960 já havia organizações de pessoas em situação de rua em algumas cidades do país, tendo como pauta a luta por criação de direitos, assim aumentando a sua expressividade na luta por políticas públicas para as pessoas em situação de rua na década de 1990, até iniciar a construção do MNPR (Crônicas do dia a dia, 2021).

Cabe ressaltar que essas mobilizações sociais entre as décadas de sessenta até a de

¹⁴ “[...] Há 17 anos, no dia 19 de Agosto de 2004, dez pessoas em situação de rua, que dormiam na praça da Sé, região central de São Paulo, morreram após serem atacadas com golpes na cabeça. Os ataques, que se iniciaram no dia 19 e continuaram até o dia 22 do mesmo mês, foram promovidos por cinco policiais militares e um segurança particular que tentavam se livrar de testemunhas que pudessem relacioná-los com o tráfico de drogas. O caso ficou conhecido como “Massacre da Sé” ou “Chacina da Sé” e, hoje, em memória ao acontecimento, a data marca o Dia Nacional da Luta da População em Situação de Rua” (Instituto Nacional de Pesquisa e Promoção de Direitos Humanos, 2021, n.p).

noventa – momento histórico em que o Brasil atravessava uma ditadura militar – eram mais localizadas e atreladas a entidades religiosas, o que *a posteriori* teriam suas descontinuidades, a partir das intervenções do Estado na garantia de políticas públicas às pessoas em situação de rua.

Barbosa (2018) relata que mesmo antes da década de 1990, já havia alguns grupos preocupados com a situação de pessoas em situação de rua, porém, eram comumente ligados a entidades religiosas e outras da sociedade civil organizada, atuando junto à população em situação de rua de forma assistencialista, porém, fora de uma política de Estado.

Spink e Ramos (2016) também discutem sobre a ligação de entidades com a Assistência Social. Segundo os autores, por muito tempo o Estado brasileiro trabalhou em conjunto com as chamadas Entidades Sociais, muitas de cunho religioso, “o que trouxe para a Assistência Social marcas de benemerência e filantropia” (p. 285). Entretanto, alertam que esse trabalho conjunto sempre desresponsabilizou, de certa forma, o Estado, que tinha como papel apenas o financiamento governamental.

É nesta década de 1990 que começam as mobilizações em relação à falta de políticas públicas para esta população. Segundo o autor, “nesse momento, a mobilização era marcada pelo protagonismo de entidades de apoio e defesa dessa população” (Barbosa, 2018, p. 34).

O cenário começa a mudar com a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) em 1993, que inicia um movimento de descentralização a partir da participação das diversas esferas governamentais, da criação de conselhos e fundos financeiros municipais, da participação e organização da sociedade civil a partir de conferências e fóruns (Spink; Ramos, 2016).

Nesta mesma década, é criado o Fórum da População de Rua e do Programa População de Rua na cidade de Belo Horizonte em Minas Gerais, além do Fórum Coordenador dos Trabalhos com a População em Situação de Rua na cidade de São Paulo, ambos em gestões de prefeitos do Partido dos Trabalhadores (PT) (Barbosa, 2018). É também no governo do então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores, que foi criada a *Política Nacional Para a População em Situação de Rua* (Brasil, 2009a).

É nessa política, instituída em dezembro de 2009, que veremos os direitos da população em situação de rua surgirem em forma de Decreto Presidencial (Brasil, 2009a), e é a partir deste que as políticas públicas, entre elas as de saúde, vão se guiar para garantir o direito desse segmento populacional.

No mesmo ano em que foi publicado o Decreto que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, foi constituído também o Comitê Técnico de Saúde

para essa população por meio da Portaria MS/GM nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009. Esse foi um passo importante para possibilitar avanços na área da Saúde para esse público. Esse Comitê é composto por representantes de algumas Secretarias do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz e por representantes de Entidades da Sociedade Civil organizada. Desse modo, as conquistas na área da Saúde foram obtidas com a efetiva participação da sociedade civil (Brasil, 2014, p. 27).

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), citada anteriormente, também foi um importante marco histórico para Assistência Social e, conseqüentemente, para a população em situação de rua (PSR) no Brasil no âmbito das políticas públicas. Ao ser responsável por importantes articulações com as políticas de saúde no Brasil (Brasil, 1993). Em sua primeira versão, a LOAS cita de forma breve a PSR, apenas uma vez, no artigo 23, parágrafo e inciso segundo, ao informar que “na organização dos serviços da assistência social serão criados programas de amparo, entre outros, às pessoas que vivem em situação de rua” (Brasil, 1993, n.p). Nesta primeira versão, a LOAS não propõe de forma efetiva medidas que garantam direitos a esta população.

Apenas a partir da reforma da LOAS, no ano de 2005, é que podemos encontrar medidas mais efetivas, como a proposta de criação de programas de amparo para a população em situação de rua no país (Brasil, 2005a).

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) também é um importante marco nesse cenário de consolidação das políticas públicas e da luta por direitos para esta população, pois tem como uma de suas estratégias o desenvolvimento de autonomia de seus usuários (Brasil, 2005b), passando a serem entendidos e forjados como sujeitos de direitos e que lutam por políticas públicas direcionadas a estes.

A Política de Assistência Social caminha então para a possibilidade de se desenvolver a partir de caminhos não-assistencialistas, reconhecendo indivíduos e populações como sujeitos de direitos não-tutelados pelo Estado e pela sociedade civil (Serpa; Virgínea; Cavalcante, 2015). Apesar dessas possibilidades e de reconhecidos avanços no que diz respeito às intervenções não assistencialistas, 30 anos após a criação da LOAS, esse ainda é um campo de tensões e retrocessos.

4.1.2 População em Situação de Rua e as Políticas Públicas

Podemos considerar uma entrada tardia da população em situação de rua como sujeito de direitos nas políticas públicas, a qual não surgiu a partir do interesse único do Estado neoliberal, mas principalmente a partir de disputas oriundas dos movimentos sociais e da

sociedade civil organizada. Temos duas condições fundamentais de aparecimento da população em situação de rua na criação e efetivação de políticas públicas direcionadas a esta, são elas: 1) as mobilizações da sociedade civil organizada, surgidas como emergência de luta, que tem a sua maior representatividade o Movimento Nacional da População de Rua; e por outro, 2) um Estado que possibilitou a efetivação de projetos de políticas públicas e a garantia de direitos para as pessoas que têm nas ruas o seu amparo e sua subsistência. Entretanto, o jogo de poder proporcionado, propõe uma outra noção ao aforismo de Carl Von Clausewitz (1955, *apud* FOUCAULT, 2005, p. 22): “a guerra não é mais que a continuação da política por outros meios”.

Proposta por Foucault, a inversão deste aforismo mostra que “a política é a guerra continuada por outros meios, isto é, a política é a sanção e a recondução do desequilíbrio das forças manifestado na guerra” (Foucault, 2005, p.23). Então, como pensar a atuação do Estado brasileiro à população em situação de rua e suas nuances nas políticas para essa população, considerando a política nessa mão dupla do modelo guerreiro, a partir do qual ora o Estado coloca-se ao lado desta população, ora declara guerra a ela através de políticas opressivas e de morte?

4.2 O ESTADO NAS FORMAS DE FAZER VIVER E DEIXAR MORRER AQUELAS/ES QUE VIVEM NAS RUAS

A relação entre a população em situação de rua e o Estado Brasileiro sempre foi complexa, seja pelo atravessamento das entidades sociais na execução das políticas públicas, pela demora e dificuldade no reconhecimento destas pessoas como sujeitos de direito ou pela escassez e sucateamento de políticas públicas. Como também precisamos problematizar a execução perversa de algumas políticas públicas, como as de segurança pública, por exemplo, que historicamente tiveram um foco direcionado à população em situação de rua, mas de forma opressiva, que se apresenta a partir do pretexto de diminuição da criminalidade e do combate à violência. Agentes que representam estas políticas geralmente atuam baseando-se na *repressão ilegal*¹⁵, o que é potencializado quando essa repressão é direcionada a grupos vulnerabilizados socialmente, como a população em situação de rua (Nonato; Raiol, 2018).

¹⁵ “A Segurança Pública é um serviço público, baseado na prevenção e na repressão qualificada, com respeito à equidade, à dignidade humana e guiado pelo respeito aos Direitos Humanos e ao Estado democrático de Direito.” (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, [2022?], n.p). A repressão ilegal promovida pelos órgãos de segurança pública é justamente o contrário da afirmação da citação acima, pois infringe esses princípios.

Ao retomar os processos históricos para compreender estas discussões, é importante entender que antes do século XXI não existia atuação do Estado em proporção nacional que visasse políticas públicas de cuidado e direitos para essa população. O que estava implementado eram os processos de assistencialismo, salvo algumas poucas movimentações sociais que foram surgindo após a atual Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), que impulsionou alguns investimentos estaduais (em relação a iniciativa com participação governamental), além das iniciativas filantrópicas articuladas, comumente às pastorais sociais (Klaumann, 2015). Todavia, isso resultou em um cenário de disputa, a partir de lutas políticas, de embate de poderes, que auxiliaram na construção de propostas, de implementação e de ampliação dos marcos nacionais da garantia de direitos desta população.

Para analisar esses acontecimentos a partir de uma perspectiva de Foucault (2005), utilizaremos o conceito de biopoder. Podemos entender que o conceito de poder sobre a vida desenvolvido na Europa a partir do século XVIII – o biopoder - atua sobre o sujeito considerando formas de fazer viver e de deixar morrer, ou seja, foi apresentado como um tipo de poder da modernidade que atua diretamente nos corpos dos indivíduos e das populações e que espera através do cálculo econômico das forças obter uma maximização de determinada forma de vida.

Para melhor compreender, podemos pensar sobre quando o Estado desenvolve políticas públicas para o controle de natalidade e mortalidade infantil: criam-se medicamentos e saberes na medicina com a premissa de aumentar o tempo de vida, todavia há interesses capitalistas para obtenção de maior longevidade da vida, portanto, uma maior produtividade dos corpos biopolíticos. Assim, este é um tipo de poder que aparece num sistema de controle da vida.

Todavia, esse poder sobre a vida biológica, já não é mais o do poder soberano¹⁶, em que o soberano só exerce “[...] seu poder sobre a vida pela morte que tem condições de exigir” (Foucault, 1999, p.127). O biopoder se diferencia de outros poderes, como o poder soberano, pois agora é necessária a atuação do poder no investimento da vida. Em contraponto ao poder soberano, mas sem abrir mão dele, é preciso fazer viver:

Ora, agora que o poder e cada vez menos o direito de fazer morrer e cada vez mais o direito de intervir para fazer viver, e na maneira de viver, e no "como" da vida, a partir do momento em que, portanto, o poder intervém sobretudo nesse nível para aumentar a vida, para controlar seus acidentes, suas eventualidades, suas deficiências, daí por diante a morte, como termo da vida, e evidentemente o termo, o limite, a extremidade

¹⁶ Poder que visava o fazer morrer e deixar viver: um exemplo disto seria as grandes execuções em praças públicas que a monarquia promovia como espetáculo à população e transposição do poder do rei a outra instância de poder do soberano, agora do além, associada à sua condição divina, passando de uma jurisdição de julgamento para outra. Esta força de poder foi se desqualificando sistematicamente (Foucault, 2005).

do poder. Ela está do lado de fora, em relação ao poder: e o que cai fora de seu domínio, e sobre o que o poder só terá domínio de modo geral, global, estatístico (Foucault, 2005).

Sobre este poder soberano, Wanderson Silva (2013) discute que as práticas de suplício promovidas por este tipo de poder foram não totalmente abandonadas a partir do século XVIII, entrando em ação a biopolítica como tecnologia do biopoder, representada não mais por um governo do soberano, mas por um governo estatal, preocupado em governar sobre a vida.

Podemos dizer que as políticas públicas de modo geral, entendidas a partir de um Estado neoliberal, mesmo aquelas relacionadas às redes de cuidados - quer sejam na saúde, assistência social, educação etc. -, podem trabalhar nessa perspectiva de fazer viver. Porém, centradas em uma perspectiva neoliberal de aumento de produtividade e de manutenção de bens e poder, torna-se necessário pensar em medidas para escapar desse jogo neoliberal por parte das organizações coletivas e populares de movimentos sociais e da sociedade civil organizada.

Foucault (1998) discorre em *Microfísica do Poder*, no capítulo O nascimento da medicina social, que o capitalismo, ao contrário do que críticos da medicina atual defendem, desenvolveu uma medicina no corpo social, coletiva, para a produtividade e o consumo, que o capitalismo objetifica.

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente ao contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, 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, 1998, p.80).

Com isso, podemos determinar que numa perspectiva capitalista da modernidade, não se inclui políticas públicas sem se pensar no fazer viver como produção de capital, em que o corpo é objeto dessa política, da biopolítica.

Ao pensarmos na população em situação de rua, é sabido que a atuação do Estado brasileiro estava intimamente relacionada às ações opressivas policiais, ou seja, o acesso às políticas públicas estava atrelado majoritariamente à segurança pública, findando-se nesta pasta. Apesar de atualmente o cenário apresentar mais avanços, hoje ainda temos o fruto dessa herança, que é conservada mesmo após décadas da última Constituição Federal do Brasil de 1988 (Brasil, 1988), que instituiu direitos humanos e civis às mais diversas populações

brasileiras.

A exemplo disto, temos o discurso de representantes do Estado, em especial ligados à segurança pública, que colocam os sujeitos que vivem em situação de rua como responsáveis por sua condição de vida e de morte, como relatam Wanderson Silva e Simone Hüning (2017). A pesquisa destes autores, que apresenta resultados a partir da análise de matérias jornalísticas locais, discute que agentes públicos representantes da segurança pública do estado de Alagoas, na cidade de Maceió, colocam a população em situação de rua como responsáveis pela sua própria mortalidade, e, portanto, da sua vulnerabilidade, quando associam um aumento local de assassinatos dessa população ao uso de drogas e a sua relação com o tráfico de drogas.

Podemos entender melhor as repercussões destes discursos a partir da Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua, *Rua Aprendendo a Contar* (Cunha; Rodrigues, 2009), que aponta como a população em situação de rua é impedida de acessar espaços diversos, como os transportes públicos, equipamentos da rede de saúde, órgãos públicos e espaços públicos de modo geral, por conta do estigma e preconceito que as envolve, legitimado pelo próprio Estado, que comumente coloca a população em situação de rua como uma população perigosa, envolvida com a criminalidade, com o tráfico etc., uma população perigosa.

Quando o foco são os serviços de saúde, os fatores que os impedem de acessar estes equipamentos não são diferentes, pois a discriminação por estarem *nas ruas* é um fator muito presente para esta população, que reflete na incapacidade dos serviços de acolherem as demandas dessa população, pois distanciam-se de sua realidade, partindo de práticas inadequadas ao cuidado em saúde para este segmento populacional (Escorel, 2009). Isso resulta em um movimento que ao invés de atraí-las aos serviços de saúde, adequando-se às suas especificidades, as distanciam de forma perversa, esquivando-se das responsabilidades como serviços que ofertam cuidados.

Neste ponto, trazemos para a discussão as proposições de Aléxa do Vale e Marcelo Vecchia (2019), que propõem um caminho de discussão que argumenta que a rede (formal) de saúde não é suficiente para as pessoas que vivem nas ruas e que os direitos básicos destas são negados corriqueiramente, reforçando o que já foi afirmado pelos dados da Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua sobre as pessoas em situação de rua terem dificuldades para acessar a rede de saúde (Cunha; Rodrigues, 2009). Isso se intensifica quando se trata dos serviços não especializados para esta população, diferentemente dos Consultórios nas Ruas, por exemplo.

A partir das diversas faltas, negligências e despreparo do Estado nas políticas públicas

para as pessoas em situação de rua, discute-se sobre como as *redes sociais* de cuidado, que são “[...] relações compartilhadas entre indivíduos e grupos que compõem a identidade individual e grupal com base em sentimentos de pertencimento e reconhecimento mútuo” (Vale; Vecchia, 2019, p. 224), podem ofertar cuidado em saúde entre pares, cuidado este que acaba sendo uma tentativa de suporte ao que é negligenciado pelos serviços de saúde, pois “as redes sociais nos processos de saúde-doença atuam como fonte de cuidado, de adesão e êxito nos tratamentos e suporte emocional” (Vale; Vecchia, 2019, p. 224).

Ademais, algumas pesquisas com foco na população de rua como Rua: aprendendo a contar (Cunha; Rodrigues, 2009); Pesquisa nacional sobre o uso de crack no Brasil (Bastos; Bertoni, 2014); “UPA é nós aqui mesmo:” as redes de apoio social no cuidado à saúde da população em situação de rua em um município de pequeno porte (Vale; Vecchia, 2019, p. 222), discorrem que mesmo depois de algumas décadas da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), em que parte do relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 1986) está posto, a rede de saúde acaba por distinguir e discriminar determinadas populações, como as pessoas que vivem nas ruas. Isto por conta desse determinante social de estar em situação de rua, o que gera preconceitos a esta população, além do fato dos serviços de saúde serem insuficientemente capacitados para as especificidades do atendimento à esta população.

Isso pode ser observado na pesquisa *Rua: aprendendo a contar* (Cunha; Rodrigues, 2009), que aponta que 55% das pessoas em situação de rua entrevistadas relataram discriminação dos serviços em relação a serem impedidas de adentrarem em espaços de circulação pública, sendo que 18% das mesmas pessoas entrevistadas relataram impedimento de receberem atendimento na rede de saúde pública do Brasil. Tudo isso afirma que: “as pessoas em situação de rua sofrem muitas discriminações, que se expressam, por exemplo, no fato de serem frequentemente impedidas de entrar em certos locais” (Brasil, 2008a, p. 13).

Não é à toa que os sujeitos que vivem nas ruas comumente são e se sentem discriminados pelo que a sociedade atribui ao viver nas ruas, o que pode ter efeito de objetivação destes. Robert Castel (2011), em um de seus livros chamado *A discriminação negativa: cidadãos ou autóctones?*, discute justamente o que diz respeito a esta modalidade de discriminação negativa. Castel explica que não se trata de um pleonismo, pois existem formas de discriminação positiva, que discriminam para dar suporte às pessoas em condições de desigualdade. Como exemplo, ele traz que é importante colocar em evidência as populações que possuem uma ou várias diferenças que as colocam em desvantagem, justamente para tentar diminuir essa diferença que as segrega.

Porém, no caso da discriminação negativa, o autor diz que esta:

“[...] marca o seu portador com um defeito quase indelével. Ser discriminado negativamente significa ser associado a um destino embasado numa característica que não se escolhe, mas que os outros nela devolvem como uma espécie de estigma.” (p. 14).

Robert Castel (2011) se utiliza deste conceito da discriminação negativa – que é “a instrumentalização da alteridade, constituída em favor da exclusão” (p.14) – para mostrar que os jovens franceses de periferias e descendentes de países africanos, territórios colonizados pela França, são posicionados numa constante desqualificação social, quer seja pelo discurso da mídia ou pelo discurso policialesco sobre estes. Todavia, esses são jovens franceses e não estrangeiros, que, legalmente, têm direitos iguais a qualquer outro cidadão francês, porém, são lhes destinados não a exclusão social propriamente dita – exclusão de direitos – mas a desqualificação social, que condiz a um certo caráter de tratamento diferenciado.

Podemos utilizar este tipo de discriminação para pensar sobre o que reverbera disto para a população em situação de rua na rede de saúde, quando esses sujeitos necessitam usufruir de todos os direitos a eles dispostos, que vale deixar claro, são (ou deveriam ser) iguais a qualquer outro/a cidadão/cidadã do país, no que diz respeito as políticas públicas de saúde, como também de educação, alimentação, moradia, etc. A discriminação negativa não funciona como sinônimo de discernir ou diferenciar uma determinada população para a obtenção ou garantia de seus direitos. Há o atravessamento de uma desqualificação neste ato de diferenciar. Artimanhas presentes na forma de *governo/governamento* direcionada pelo Estado neoliberal e da sociedade brasileira à população em situação de rua, na qual ao discernir e conceituar o que é considerada uma população em situação de rua, faz-se não para garantir direitos, mas para individualizar, culpabilizar e produzir práticas de violações de direitos.

4.3 GOVERNAMENTO: o estado brasileiro nas políticas públicas aos que vivem nas ruas

Em Foucault, a palavra *governo* tem um duplo entendimento, como apontado por Alfredo Veiga-Neto (2005). No francês, o filósofo se utilizava de duas palavras para distingui-lo: as instituições de Estado, que seriam tratadas como *gouverne*; e para o ato de governar é utilizado *gouvernement*, que tem como proposta fundamental ajudar no entendimento do que Foucault pretende diferenciar enquanto, respectivamente, a instância (governo) e o ato e ação (governamento) (Veiga-Neto, 2005).

A proposta de Alfredo Veiga-Neto (2005) é reavivar essa segunda palavra, que tem sido invisibilizada nas traduções dos textos do filósofo francês para a língua portuguesa e até mesmo em textos da sua língua originária, em livros, artigos e outras produções que se utilizam dos escritos de Foucault por outros/as autores/as. É comum que só apareça a palavra governo para dar sentido a essa dupla compreensão. Por um lado: as instituições, as instâncias governamentais, administrativas, etc., e, por outro, a ação de governar. A exemplo disto, Veiga-Neto (2005) recorre a duas citações de Foucault, respectivamente, sobre A governamentalidade, em *Microfísica do poder*, e, subsequente, em seu outro livro, chamado *Em defesa da sociedade*, que são elas:

Os governantes, as pessoas que governam, a prática de governo são, por um lado, práticas múltiplas, na medida que muita gente pode governar: o pai de família, o superior do convento, o pedagogo e o professor em relação à criança e ao discípulo. Existem, portanto, muitos governos, em relação aos quais o do príncipe governando o seu Estado é apenas uma modalidade. Por outro lado, todos esses governos estão dentro do Estado ou da sociedade (Foucault, 1992, p.280 *apud* Veiga-Neto, 2005, p.82).

Na citação acima, Foucault (1998), citado por Veiga-Neto (2005), discorre sobre o ato de governar. Já na citação de Foucault traduzida para o português a seguir, temos a palavra governo na perspectiva de instituição: “trata-se do conjunto de conhecimentos sobre o Estado, o governo, o país, necessário a quem vai ser chamado, dentro de alguns anos, quando Luiz XIV tiver morrido, a dirigir esse Estado, esse governo e esse país” (Foucault, 1999, p. 151, *apud* Veiga-Neto, 2005, p.82). Pretendemos resgatar a palavra governo (*gouvernement*) com o intuito de ampliar sentidos e compreensões a esta prática e a esta relação de poder de uns sobre os outros.

Quando pensamos sobre o governo da gestão federal dos últimos quatro anos – 2018 a 2022 – é visto descaso em relação à população em situação de rua. A exemplo disto, é a própria revogação de artigos do Decreto Presidencial nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009 (Brasil, 2009a). Decreto este que foi um marco à população em situação de rua, pois instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e demarcou os aspectos do reconhecimento dessa população como sujeitos de direitos nas políticas públicas. No documento de consulta pública para a política, denominado *Política Nacional Para Inclusão Social da População em Situação de Rua*, é discutida como uma “forma de orientar a construção e execução de políticas públicas voltadas a este segmento da sociedade, historicamente à margem das prioridades do poder público” (Brasil, 2008b, p. 02).

É importante refletir que desde a instituição da Política Nacional para essa população, quatro presidentes da república passaram por essa linha temporal, entre eles o Presidente da República Jair Messias Bolsonaro, que durante o mandato presidencial, o seu vice presidente revogou partes importantes desse documento – como acima mencionado – a partir da promulgação do Decreto Nº 9.894 de 27 de junho de 2019 (Brasil, 2019) – em seu segundo ano na presidência do Brasil – que culminou no desmonte dessa política pública e de tantas outras. Dentre as revogações, está o parágrafo 1º do artigo 9º que afirmava: “a sociedade civil terá nove representantes, titulares e suplentes, sendo cinco de organizações de âmbito nacional da população em situação de rua e quatro de entidades que tenham como finalidade o trabalho com a população em situação de rua” (Brasil, 2009a, p. 01). Além disso, também foi revogado o acompanhamento por representantes da então Secretaria Especial dos Direitos Humanos e de mais oito Ministérios da República no Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua (Brasil, 2009a, p. 01).

Atualmente, devido a essas revogações, ficaram apenas seis ministérios à frente do Comitê Intersetorial com um representante de cada, e com:

[...] cinco representantes da sociedade civil indicados por entidades que trabalhem auxiliando a população em situação de rua; e um representante das instituições de ensino superior, públicas, privadas e comunitárias que desenvolvam estudos ou pesquisas sobre a população em situação de rua (Brasil, 2019, p. 01).

Houve uma diminuição de Ministérios e Secretarias envolvidos na Política Nacional Para a População em Situação de Rua, que foram de nove para seis. Os nove ministérios compostos em 2009 eram: a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, que tinha a função de coordenar essa política pública; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ministério da Justiça; Ministério da Saúde; Ministério da Educação; Ministério das Cidades; Ministério do Trabalho e Emprego; Ministério do Esporte; e o Ministério da Cultura. Já em relação ao Decreto Presidencial de 2019, tiveram apenas seis Ministérios, que são eles: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, que se (des)responsabilizará pela coordenação dessa política pública; Ministério da Justiça e Segurança Pública; Ministério da Educação; Ministério da Cidadania; Ministério da Saúde; e o Ministério do Desenvolvimento Regional.

Este Decreto Presidencial, de nº 9.894 de 2019 (Brasil, 2019), mostra que o governo da população em situação de rua e da população mais pobre do país, que mais

necessita das políticas públicas de cuidado, são abruptamente afetadas em relação a esses rompimentos de participação, junto ao Estado, sobre as políticas que melhor lhes abarcariam. Essas políticas públicas vêm se deteriorando e esse cenário é preocupante, pois, nos últimos anos, caminhamos significativamente para o desmonte de diversas conquistas.

Como exemplo, temos a Emenda Constitucional de nº 95/2016 (Brasil, 2016a), antes colocada como uma Proposta de Emenda Constitucional (PEC), com o então Presidente da República Michel Temer, que propôs o congelamento de novos subsídios para as políticas públicas, dentre elas o da Saúde e da Assistência Social, colocando em xeque – ou até mesmo em xeque-mate¹⁷ - a vida e a existência de grupos populacionais específicos (Marques *et al.*, 2019).

Modelos como esses de governo, que colocam em risco direitos anteriormente conquistados, constroem um contexto de disputas e de luta incessante nos movimentos sociais organizados, como o MNPR, para lidar com estes retrocessos políticos, que na pandemia de COVID-19 foram ainda mais visibilizados em virtude da crise política, financeira e sanitária que assolou o país; atingindo todas as populações brasileiras, mas ainda mais as que estão situadas em condições de miséria e pobreza, como a população em situação de rua.

4.4 O CONTEXTO PANDÊMICO DA COVID-19 E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL

Emerson Nascimento e Lucileia Colombo (2021) discutem uma perspectiva importante, ao problematizar que a pandemia do novo coronavírus (COVID-19) apresenta de forma contundente a atual atuação do Estado moderno com as suas populações, sobretudo as minorias. Todavia, vale salientar que em especial no Brasil e em outros países com maiores índices de desigualdade social, não se inaugurou a desigualdade social a partir desta crise sanitária, ela apenas visibilizou ainda mais o que sempre esteve presente. Um exemplo disto é o aumento da fome para as populações de baixa renda e a intensificação de problemas sociais, como o adoecimento e a morte diária por falta de procedimentos de saúde básica, falta de higiene pessoal, falta de água encanada, saneamento básico etc. (Nascimento; Colombo, 2021).

É também neste período da história, marcado pela pandemia do novo coronavírus, que vimos surgir com intensidade as práticas discursivas sobre a concepção de isolamento social,

¹⁷A Expressão xeque e xeque-mate é utilizada no xadrez para apontar quando, respectivamente, o adversário está em perigo de ser derrotado (o rei está para cair), e o segundo é quando a partida acabará de vez, sem mais chances de vitória. É o fim (Digio, 2023).

que descortinou ainda mais a indiferença do Estado às pessoas que vivem em situação de rua ou aglomeradas em pequenos barracos nas favelas espalhadas pelo país. A pandemia do novo coronavírus seria, portanto, uma crise dentro de um colapso já existente para essa parcela expressiva da população brasileira (Nascimento; Colombo, 2021).

Diante dessa crise dentro da crise que a pandemia fez aparecer, o Estado ainda potencializou essas vulnerabilidades ao reduzir o financiamento federal em quantias significativas nas políticas socioassistenciais - que teve papel de fundamental importância no enfrentamento desse colapso sanitário. No caso da proteção social especial – que está dentro do Sistema Único da Assistência Social –, em que estão localizados os Centros POP e os Albergues municipais, a redução de recursos financeiros do ano de 2019 para o de 2020 chegou a 119 milhões de reais. Se em 2019 se tinha um valor de 639 milhões de reais, em 2020 foi para 518 milhões de reais em seu orçamento anual, e ainda assim, 60% desse valor só é liberado a partir de aprovação Congresso Nacional e de legislação específica, o que ainda fragiliza as garantias de liberação dessa fração expressiva do recurso (Silva; Natalino; Pinheiro, 2021).

Neste contexto pandêmico, o Ministério da Cidadania distribuiu um montante de 570 milhões de reais para os municípios e estados destinados ao enfrentamento da COVID-19 no âmbito da proteção à População em Situação de Rua (de cunho extraordinário e até agosto de 2020). Todavia, ainda persistem insuficiências de recursos ordinários para essa parcela da população em políticas públicas que a abarquem (Silva; Natalino; Pinheiro, 2021). Os referidos autores sinalizam ainda que há/houve uma falta de ordenamento no gerenciamento e nas execuções das ações ofertadas para as pessoas em situação de rua no período pandêmico.

A exemplo desse momento pandêmico da COVID-19 para a população em situação de rua, podemos expor o próprio Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19 (Brasil, 2022). Neste informe técnico, referente ao ano que o país começou a distribuição de vacinas contra o Novo Coronavírus, 2021, a população em situação de rua – mesmo situada em contextos de extrema vulnerabilidade –, só aparece no vigésimo sexto informe técnico, de 02 de Julho de 2021, enquanto as Forças Armadas e as Forças de Segurança do país, aparecem no nono informe técnico de distribuição e imunização, de 31 de Março de 2021, como veremos no quadro abaixo, que dispõe do conteúdo informado no Plano Nacional:

Quadro 7 - Trechos do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19

Nono Informe Técnico – CGPNI/DEIDT/SVS/MS, de 31 de março de 2021	Décima primeira pauta de distribuição de vacinas: 8.400.000 milhões de doses Sinovac/Butantan e 728.000 mil doses AstraZeneca/Fiocruz, disponíveis para os grupos: Idosos de 65 a 69 anos e 70 a 79 anos; Trabalhadores da Saúde; Forças de Segurança e Salvamento e Forças Armadas. (p. 103).
Vigésimo sexto Informe Técnico – CGPNI/DEIDT/SVS/MS, de 2 de julho de 2021	“Vigésima oitava pauta de distribuição de vacinas: 53.138.980 milhões de doses Sinovac/Butantan, 70.939.870 milhões de doses AstraZeneca/Fiocruz, 13.954.504 milhões de doses Pfizer/Comirnaty e 4.535.980 milhões de doses Janssen (Johnson & Johnson) para oferta de primeira dose aos Funcionário do Sistema de Privação de Liberdade e População Privada de Liberdade, Forças de Segurança e Salvamento e Forças Armadas, Trabalhadores Industriais, Pessoas de 59 a 55 anos, Trabalhadores de saúde (ajuste de denominador), Trabalhadores de transporte coletivo rodoviário de passageiros urbano e de longo curso, Pessoas em Situação de Rua, Trabalhadores de Transporte Metroviário e Ferroviário, Trabalhadores de Transporte de Aquaviário e Caminhoneiros; e oferta da segunda dose às Pessoas de 60 a 64 anos e Comorbidades e pessoas com deficiência.” (p. 106).

Fonte: O autor (2023)

Além desses entraves da liberação da vacinação para a PSR, da redução nos investimentos federais na área socioassistencial, é importante refletir na intensificação dos preconceitos e discriminações vivenciados por esta população.

Na cartilha do Ministério da Saúde, chamada de Saúde da População em Situação de Rua: Um direito humano (Brasil, 2014), discute-se que historicamente essa população é abordada nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) através de práticas de preconceito. A cartilha, para além de expor diretrizes e ações voltadas à população em situação de rua, também propõe-nos refletir e construir práticas que resistem aos preconceitos que acometem essa população no SUS, sensibilizando os profissionais, de modo geral, ao seu cuidado e acolhimento, garantindo o acesso à rede de serviços de saúde (Brasil, 2014).

Essa discussão proporciona uma reflexão de que a PRS, na pandemia de COVID-19, foi exposta a um verdadeiro *caos dentro do caos*, pois essas pessoas que têm na rua a sua morada já vivenciam há tempos o caos, inclusive no âmbito da saúde pública, como destacado pela cartilha de 2014 acima citada, que já denuncia a falta de cuidado nos serviços de saúde para com essa população, mesmo anos antes do período pandêmico atual.

Após as discussões e problematizações deste capítulo, é possível visualizar o cenário de tensões, lutas, conquistas e retrocessos que estruturam a inserção e a permanência da população em situação de rua como sujeitos de direitos nas políticas públicas do Estado brasileiro, como também os mecanismos e dispositivos que sustentam estas políticas.

5 A PRODUÇÃO DISCURSIVA NAS POLÍTICAS DE SAÚDE SOBRE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL

Neste capítulo, o principal foco foi visibilizar que os discursos sobre a população em situação de rua nos documentos públicos da saúde distribuídos pelo Estado brasileiro constroem discursos-práticas sobre os direitos à saúde desse segmento populacional, analisando e problematizando as produções discursivas emergentes após a publicação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto Presidencial Nº 7.053 de 2009 (Brasil, 2009a).

Para isso, iniciaremos a discussão analítica deste capítulo com os dois trechos abaixo. Um deles retirado do **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**¹⁸ (Brasil, 2012a), um dos materiais analisados por esta dissertação. O outro, uma citação da autora Cecília Coimbra (2001).

Quando se trata de população em situação de rua (PSR), a abordagem e o acolhimento são de fundamental importância para a produção do cuidado, tendo em vista que esse grupo social é historicamente marcado por um processo de exclusão dos serviços de saúde, onde a sua presença se traduz em forte incômodo tanto para os profissionais de saúde quanto para os demais usuários, ficando quase sempre renegado o seu direito à atenção integral à saúde e, quando muito, apenas é atendido nas emergências. Dessa forma, a PSR, além de enfrentar uma variedade de barreiras para uso dos serviços de saúde, como a limitação, muitas vezes, tem dificuldade de identificar o local apropriado para procurar assistência. São poucas as equipes de saúde específicas e as eSF tradicionais, com a lógica hegemônica da territorialização rígida, nem sempre têm as portas abertas a esse grupo social. Os serviços de urgência, em sua maioria, são distantes e inacessíveis. Longas esperas podem significar perda de refeições ou acesso a abrigo (Brasil, 2012a, p. 39).

[...] encontramos no Brasil, do final do século XIX e início do século XX, o movimento higienista que, extrapolando o meio médico, penetra em toda a sociedade brasileira [...] Esse movimento, formado por muitos psiquiatras da elite brasileira da época, atinge na década de 1920, quando da criação da “Liga Brasileira de Higiene Mental” [...] Suas bases estão nas teorias racistas, no darwinismo social e na eugenia, pregando o aperfeiçoamento da raça e colocando-se abertamente contra negros e mestiços – maior parte da população pobre brasileira. (Coimbra, 2001, p. 88).

Diante dos trechos trazidos acima, podemos levantar algumas questões que perpassam a Pop rua nos discursos produzidos nos documentos públicos da saúde. Dentre elas estão as práticas discursivas sobre: como se dá o acesso dessa população em serviços de saúde pública?

¹⁸ Para delimitar os seis documentos que foram incluídos no corpus de análise desta pesquisa, utilizaremos o negrito no título do documento sempre que este for utilizado. Essa delimitação se faz necessária porque durante a análise, outros documentos foram citados, inclusive por serem referidos em alguns dos seis documentos delimitados para a análise.

Como o discurso de raça e pobreza institui sujeitos inferiores no discurso médico eugenista na modernidade? Qual/quais possibilidade/s que fazem surgir direitos à saúde para a PSR, historicamente invisível aos direitos à saúde?

Em tempos de um Estado que governa a partir de um entendimento de soberania popular, e que o direito se constitui para o povo e pelo povo, as políticas públicas necessitariam ocupar espaços de lacunas, lugares onde estas se fazem mais necessárias, pois representam soluções para a ineficiência do Estado, que segundo a constituição brasileira de 1988, precisa garantir o direito à moradia, à saúde, educação, assistência, bem-estar etc (Brasil, 1988), ou seja, precisa garantir igualdade e equidade de direitos para a sua população.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua é uma destas políticas, apresentada a partir de um documento, que possui discursos, que podem ser entendidos como práticas que atendem a certas regras e moldam determinados momentos da história (Foucault, 2008). Com base em Michel Foucault, o *discurso* tem vieses distintos e complementares em relação às suas duas primeiras fases, que são: a arqueológica e a genealógica. Na primeira, Foucault trata o discurso a partir de sua regularidade discursiva, que permite analisar os saberes e as suas produções de verdades. Já na segunda, o discurso, em sua análise, está voltado à sua relação com o poder. Todavia, esse objeto, o discurso, para Foucault, nos possibilita discutir o saber-poder/poder-saber que dele emerge (Vandresen, 2010). Nos próximos subcapítulos, serão apresentados os discursos sobre a população em situação de rua nos documentos públicos da saúde, tratando-os, em nossa análise, a partir da Política Nacional para a População em Situação de rua como acontecimento temporal na história.

5.1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: práticas que barram o acesso aos serviços de saúde

Em 2020, no ápice da pandemia de COVID-19, foi lançada a nota técnica de “Prevenção ao covid-19 no âmbito das equipes de consultórios na rua”. Dentre as orientações deste material informativo, podemos encontrar:

As Equipes de Consultório na Rua (eCR) devem estar articuladas com as demais equipes da Atenção Primária à Saúde / Estratégia Saúde da Família, **bem como ter a clareza do fluxo de atendimento à população em situação de rua na Rede de Urgência e Emergência (definido em cada localidade – município ou estado)** (Brasil, 2020, p. 02, grifo nosso).

Podemos nos questionar tanto sobre essa *clareza* como sobre a definição em cada localidade – município ou estado. Ao mencionar a respeito da importância de conhecer de forma clara e objetiva o procedimento do fluxo de atendimento à população em situação de rua de cada cidade/estado, a nota técnica visibiliza que existe um acesso e um uso diferente da rede de urgência e emergência para a PRS em relação às demais pessoas que não se enquadram nesta população, principalmente no contexto de COVID-19.

Uma análise inocente e simplória desta discussão poderia afirmar que, se a Pop RUA possui especificidades diferentes das demais populações, o uso e o acesso dos serviços de urgência e emergência devem ser diferenciados. No entanto, após todas as discussões realizadas nesta dissertação, compreendemos que ao analisar as políticas de saúde para a PSR precisamos utilizar lentes mais complexas, sobretudo em uma pandemia gerida por um dos governos mais genocidas e neoliberais da história global, o de Jair Bolsonaro. Em uma pandemia em que o poder aquisitivo balizam a vida e a morte através de leitos de UTI e respiradores, e que a saúde foi gerida a partir de uma ótica neoliberal, em que a prioridade não era a vida, mas sim o capital, precisamos contestar o fluxo de atendimento destinado às pessoas que neste cenário são as menos importantes: as que destoam dos padrões socialmente e economicamente aceitáveis.

Voltando ao documento de 2014, nele se ressalta a importância da criação e publicação do Plano Operativo de Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua. Esse plano foi instituído a partir da Resolução de nº 2, de 27 de fevereiro de 2013 (BRASIL, 2014). Sobre essa resolução, o documento diz que esta: “[...] define as diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do SUS” (Brasil, 2014, p. 27).

O Plano Operativo para implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua (BRASIL, 2012b) tem em seus princípios a garantia do acesso da Pop rua aos serviços de saúde pública, a partir do problema fundamental dessa população em relação à dificuldade desse acesso à rede de saúde, dentre eles: 1) “Recusa e repúdio a qualquer forma de exclusão e institucionalização compulsória”; 2) “Protagonismo da população, com autonomia, e participação qualificada”; 3) “Acesso integral e humanizado ao SUS, incluindo dispositivos de promoção, prevenção, cuidados interdisciplinares e multiprofissionais e reabilitação”; 4) “Intersetorialidade, interdisciplinaridade e transversalidade das políticas e ações”; 5) Responsabilização dos diversos segmentos sociais em relação à população de rua”; 6) Direito à hospitalidade e ao usufruto da cidade.” (Brasil, 2012b, p.02).

Estes princípios levantados pelo Plano Operativo (Brasil, 2012b), que buscam enfrentar

os problemas sobre o acesso aos equipamentos e serviços de saúde, se tensionam diretamente nos discursos-práticas levantados e corriqueiramente repetidos pelas produções discursivas que aparecem nos documentos públicos de análise da presente dissertação. Dentre eles, a dificuldade das unidades de saúde se apresentarem como lugares de acolhimento adequado a esse segmento populacional, pois além de violências diárias, existe o preconceito e as violações de direitos mais básicos por parte da rede profissional responsável justamente por esse cuidado, o que acaba reforçando uma visão estigmatizante desses sujeitos, aos quais precisa ser garantido o cuidado em saúde (Brasil, 2014).

A criação deste Plano Operativo se justifica pelas nuances observadas na condição de estar em situação de rua, pois as vulnerabilidades existentes neste contexto aumentam a incidência de aparecimento de doenças, como por exemplo, enfermidades relacionadas à saúde mental, cardíacas, respiratórias, infecções sexualmente transmitidas, dependência de substâncias psicoativas etc. A condição de estar nas ruas também favorece a piora das enfermidades que já existiam antes mesmo dos sujeitos irem morar nas ruas. Além disso, a relação da população em situação de rua com os serviços ofertados pelos equipamentos de saúde – resultado das dificuldades já mencionadas – dificulta ainda mais o seu estado de saúde-doença (Cunha; Rodrigues, 2009).

Todavia, pelos motivos mais diversos, essa população é impedida por questões materiais de extrema pobreza de seguir as orientações médicas em relação aos tratamentos direcionados a ela, quer seja em relação a duração do uso e a quantidade de medicações prescritas, quer seja pelas orientações em relação aos cuidados de higiene pessoal. Contudo, é discutido que os atos discriminatórios nos equipamentos de saúde são corriqueiros, o que gera maus tratos, negligência, por parte também dos profissionais de saúde (Cunha; Rodrigues, 2009).

O documento analisado, **Saúde da população em situação de rua: um direito humano** (Brasil, 2014), diz que:

Um marco no reconhecimento dessa população foi a instituição da Política Nacional para População em Situação de Rua e do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. Dentre os objetivos da Política, podemos destacar: assegurar o **acesso amplo, simplificado e seguro** aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda [...] (Brasil, 2014, p. 15, grifo nosso).

Esse acontecimento, que foi a instituição da Política Nacional para População em Situação de Rua, foi extremamente importante para o reconhecimento da Pop rua e os seus direitos enquanto cidadãos/ãs, principalmente através do desenvolvimento de políticas públicas.

Dentre elas, as de saúde. Entretanto, como vimos destacado acima, mesmo que o documento informe que um dos objetivos seja acesso amplo, simplificado e seguro às políticas públicas de saúde, objeto deste capítulo, na prática há uma distância substancial, pois diversas dificuldades perpassam o acesso desta população às políticas de saúde.

Por falar em saúde, uma discussão que se faz necessária neste capítulo é que quando se discute sobre saúde na modernidade, não é incomum que parta de uma concepção do saber médico, e que a medicina moderna aparece como hegemônica nessa discussão. A medicina moderna se desloca para uma ciência que agora apenas se importa com o diagnóstico e a cura, sendo para isto a doença como fator primordial desse novo saber, que marca o seu nascimento no fim do século XVIII (Foucault, 1977). Esse novo saber, que a medicina moderna faz emergir, se entrelaça à uma necessidade de Estado em relação aos controles de epidemias ou a possíveis epidemias que possam surgir. Com isso, todos os lugares serão passíveis de intervenção de um saber médico, que também é preciso – até certo ponto – ser difundido para a população. Através desse saber, há um modo do Estado atuar com intensidade no controle aos seus habitantes (Foucault, 1977).

Com o saber da medicina junto ao Estado, o que se estabelece é uma relação de controle e de poder na sociedade, quer seja aos ditos loucos, quando a psiquiatria atuou a favor de uma concepção de higienização pública, ou quando, no final do século XIX, essa relação começou a ser utilizada diretamente a uma instância de *proteção social*, funcionando no combate aos perigos que as ditas *doenças mentais* pudessem ocasionar no âmbito social (Foucault, 2001). Também podemos pontuar os discursos em relação às questões da sexualidade, que trouxe ao cerne do saber médico e psiquiátrico as discussões sobre as ditas doenças do sexo, que ia “das doenças dos nervosos” ao onanismo. As mais diversas perversões foram atribuídas à sexualidade humana, pois é nessa perspectiva de normatização e controle que, “[...] entorno do sexo eles irradiaram os discursos, intensificando a consciência de um perigo incessante que constitui, por sua vez, incitação a se falar dele” (Foucault, 1999, p. 31-32).

Ligando a medicina ao destino dos Estados, nela fizeram aparecer uma significação positiva. Em vez de continuar o que era, «a seca e triste análise de milhões de enfermidades», a duvidosa negação do negativo, recebe a bela tarefa de instaurar na vida dos homens as figuras positivas da saúde, da virtude e da felicidade; a ela cabe escandir o trabalho com festas, exaltar as paixões calmas; vigiar as leituras e a honestidade dos espetáculos; controlar os casamentos para que não se façam apenas por puro interesse, ou por capricho passageiro, e sejam bem fundados na única condição durável de felicidade, que está a serviço do Estado (Foucault, 1977).

Na modernidade, a medicina e o Estado se alinharam como estratégia de governo da

sociedade. Todavia, a questão da pobreza só veio a ser um problema da medicina um pouco antes da metade do século XIX, pois até este momento as massas mais pobres não eram grandes o suficiente ao ponto de serem consideradas perigosas (Foucault, 1998).

No entanto, existe uma outra motivação mais notável da pobreza não aparecer como um perigo à saúde da população, atribuída é incumbida à resolutividade do saber médico, a ela estaria associada às pessoas que exerciam funções no meio urbano, eram os pobres que “[...] levavam cartas, se encarregavam de despejar o lixo, apanhar móveis velhos, trapos, panos velhos e retirá-los da cidade, redistribuí-los, vendê-los, etc.” (Foucault, 1998, p. 94). Além disso, as pessoas pobres eram quem melhor possuíam o saber urbano, e, com isso, sustentava parte até então fundamental para a composição da cidade (Foucault, 1998). A saber disso, as pessoas pobres não podiam ser colocadas na condição de perigosas pela serventia que tinham na utilidade urbana.

Michel Foucault (1998) afirma que houve algumas razões para a população pobre se tornar objeto de atuação do controle médico apenas em meados do século XIX. Dentre elas estão: o surgimento das pessoas pobres participando da Revolução Francesa e do Ludismo na Inglaterra, mostrando assim sua força política. Uma outra questão dessa população se tornar perigosa está associada “a cólera de 1832, que começou em Paris e se propagou por toda a Europa, cristalizou em torno da população proletária ou plebéia uma série de medos políticos e sanitários” (Foucault, 1998, p. 94). Esse saber da medicina possibilitou desenvolver uma assistência médica aos que não poderiam pagar pelos serviços de saúde – postulada pela *Lei dos Pobres* – ao mesmo tempo em que o governo ofertava serviços gratuitos ou baratos de saúde, controlava-os e separava-os das classes abastadas (Foucault, 1998). Esta discussão apontada pelo autor, refere-se ao contexto europeu, no entanto, com a colonialidade e os dispositivos ocidentais de dominação e exploração, os modelos de cidade e de governo implantados, no nosso país e em toda a América Latina, foram importados dos países ao norte global, permitindo-nos uma leitura de alguns elementos que compõem sua lógica de funcionamento no Brasil.

Ao final, podemos nos questionar: estas discussões históricas sobre a população pobre e o saber médico nos dá a possibilidade de problematizarmos o discurso do acesso à saúde da população em situação de rua do Brasil? Entendemos que sim, pois historicamente não foi apenas em nome do cuidado para essa população que as políticas públicas se instalaram no país. Cecília Coimbra (2001) explicita isso, quando mostra que o movimento eugenista no Brasil tinha como objetivo primordial esterilizar a população pobre do país, com foco na parcela dos

que não estivessem inseridos ao mercado de trabalho, ou seja, aqueles que não eram reconhecidos como corpos importantes à produção capitalista.

Lilia Lobo (1997) nos aponta que um dos médicos eugenistas brasileiro do século XX, Renato Kehl, lista entre aqueles que necessitavam ser esterilizados, as seguintes pessoas: “[...] os parasitas, indigentes, criminosos, doentes que nada fazem, que vegetam nas prisões, hospitais, asilos; os que perambulam pelas ruas, vivendo da caridade pública; os amorais, os loucos [...]” (Brazil-Médico 1912 *apud* LOBO 1997, p. 151).

Essa prática eugenista da medicina moderna é um grande acontecimento na saúde, pois os que até então eram invisibilizados na saúde estatal, adentram nela numa perspectiva de controle de seus corpos. Desta forma, o discurso do acesso à saúde para a população pobre aparece para o controle desta no âmbito urbano – o qual faz parte a PSR – em nome da preservação da propriedade privada e assim das classes dominantes (os ricos).

A partir dessa perspectiva histórica do pensamento moderno, é possível compreendermos as razões de fazer tão presentes práticas de estigmatização, preconceito e discriminação à Pop rua em equipamentos da rede de saúde e a necessidade de corriqueiramente os documentos direcionados à saúde desta população afirmarem, a partir do discurso do direito, como devem ser prestados os serviços de saúde para essa população e as dificuldades que devem ser combatidas, como nos mostram os trechos a seguir, dos documentos **Saúde da população em situação de rua: um direito humano** (Brasil, 2014) e **Síntese de evidências para políticas de saúde. Adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua** (Brasil, 2016b), respectivamente, que foram analisados por nós.

Precisamos urgentemente sensibilizar mais e mais nossos trabalhadores para que a discriminação e o preconceito nos serviços não sejam um dificultador do acesso e do cuidado em saúde. É hora de mudar essa situação! Seja você, gestor e trabalhador, um protagonista dessa mudança. Não podemos deixar o preconceito permanecer no SUS! (Brasil, 2014, p. 33).

A insuficiente quantidade de serviços disponíveis, as dificuldades de acesso, as fragilidades de ações do sistema, a criação de vínculos precários, exigência de documentação, a restrição no atendimento da demanda espontânea, os limites na atuação intersetorial, a desorganização técnico-administrativa dos serviços e os preconceitos por parte dos profissionais são alguns dos fatores que precisam ser percebidos e modificados pelos serviços e profissionais de saúde, com a finalidade de reduzir os obstáculos vivenciados por esta população [...] (Brasil, 2016b, p. 18).

Os serviços do Consultório na Rua estão destinados a ofertar esse cuidado em saúde nos territórios, ou seja, *in loco*, suprimindo até certa medida estas lacunas, pois vão até os logradouros públicos onde vivem as pessoas que moram nas ruas. Também possuem a função de facilitar o

acesso aos outros equipamentos de saúde, o que nem sempre é possível, pois diante das dificuldades já mencionadas, a efetivação do cuidado em saúde em outros equipamentos que não sejam especializados é bastante complicada.

Entretanto, esse equipamento da saúde (Consultório na Rua) existe em poucas cidades, sendo em parte significativamente presentes nas capitais do país, o que prejudica ainda mais essa possibilidade de garantir o direito ao cuidado na rede de saúde. E essas barreiras, como já relatadas, são por vezes postas pelos que estão na ponta dos serviços – profissionais da saúde brancos, cis centrados – que acabam por reforçar o estigma social de que essas pessoas são perigosas (Brasil, 2016), o que impossibilita a qualquer perspectiva de vínculo desses profissionais à Pop rua, pelo contrário, só os afasta desses ambientes que, em última análise, proporcionam mais violência àqueles que já a sofrem diariamente.

Desta forma, os serviços de saúde acabam por representar lugares tais quais nos mostra a pesquisa nacional sobre a Pop rua, “[...] a situação de rua favorece o aparecimento e/ou a piora das doenças previamente existente, e a relação com o serviço de saúde agrava ainda mais essa condição” (Brasil, 2009b, p.123). Este trecho pode ser melhor explicitado por algumas dificuldades de acesso aos equipamentos da saúde, como por exemplo, “acrescente-se também a experiência de discriminação e maus tratos nos serviços de saúde [...]” (Brasil, 2009b, 123). Creio não soar estranho compreendermos isso como racismo.

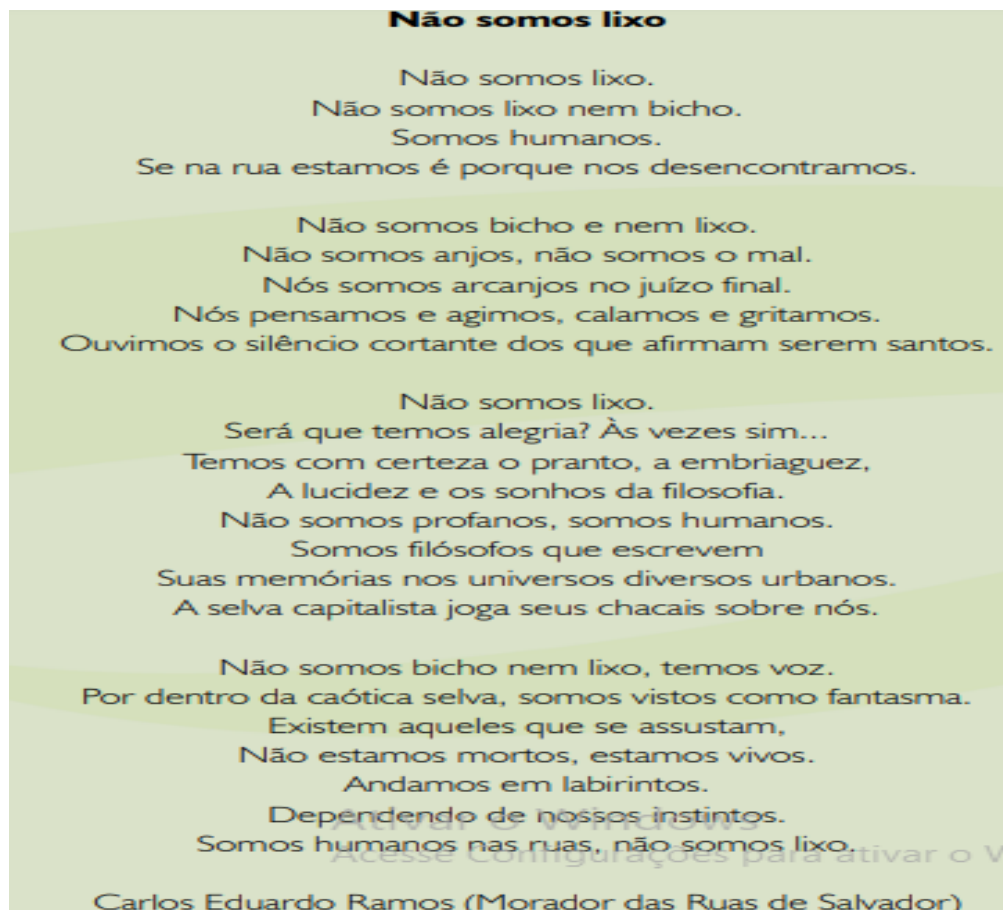
O racismo, posteriormente, se apoiará no imaginário aterrorizante construído pelos europeus sobre o africano e a África pela intensificação do corpo negro como portador do mal, para usar uma expressão foucaultiana, em oposição ao corpo branco como portador dos mais elevados atributos humanos. As polaridades instituídas entre as cores branca e negra resultaram, segundo Santos, numa estética sobre o negro e a África. Entendemos que tal estética seja apreensível pelas categorias do monstro e do anormal construídas por Foucault, reveladoras das construções culturais que assujeitam o corpo negro para além da invalidação científica do conceito de raça, empreendida contemporaneamente pelos avanços da genética, determinando o imobilismo cultural que se desdobra em condenação social persistente. Mas alerta a autora que tantos os discursos anteriores à escravidão, como os construídos sob a égide do racismo científico, permanecem no imaginário relativo ao negro, ora potencializando, ora se alternando no campo das relações raciais (Carneiro, 2005, p. 125).

A partir dessas colocações, pergunto: será que as barreiras que os serviços de saúde colocam para a PSR advém da falta de uma formação profissional? Ou advém de questões estruturais que colocam esses sujeitos enquanto perigosos, indóceis? Sobre tudo por serem, em sua maioria, pessoas negras? Acreditamos que não seja apenas uma razão, mas sim uma questão multifatorial.

5.2 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: o discurso da raça e da pobreza como produtora de sujeitos inferiores

A poesia a seguir, escrita por Carlos Eduardo Ramos, abre as discussões do documento **Saúde da população em situação de rua: um direito humano** (Brasil, 2014), logo após a apresentação da cartilha. A poesia pontua sobre a humanidade das pessoas que vivem nas ruas. Não é à toa a forma como o poeta finaliza, já na última frase da poesia, quase como um suspiro final, que *Somos humanos nas ruas, não somos lixo*, como nos mostra a figura a seguir.

Figura 2- Poesia escrita por Carlos Eduardo Ramos



Fonte: Ministério da Saúde, 2014.

A figura apresentada acima apresenta o poema “Não somos lixo”, que para fins de acessibilidade, será transcrito a seguir.

Não somos lixo Não somos Lixo nem bicho. Somos humanos. Se na rua estamos é

porque nos desencontramos. Não somos bicho e nem lixo. Não somos anjos, não somos o mal. Nós somos arcanjos no juízo final. Nós pensamos e agimos, calamos e gritamos. Ouvimos o silêncio cortante dos que afirmam serem santos. Não somos lixo. Será que temos alegria? Às vezes sim... Temos com certeza o pranto, a embriaguez, A lucidez e os sonhos da filosofia. Não somos profanos, somos humanos. Somos Filósofos que escrevem Suas memórias nos universos diversos urbanos Aselva capitalista joga seus chacais sobre nós. Não somos bicho nem lixo, temos voz. Por dentro da caótica selva, somos vistos como fantasma. Existem aqueles que se assustam, Não estamos mortos, estamos vivos. Andamos em labirintos. Dependendo de nossos instintos. Somos humanos nas ruas, não somos lixo.

Frantz Fanon (2008) propõe que as formas de conceber o ser humano perpassam pela branquitude, religião e ciência: “[...] ao reduzir tudo à noção de dignidade humana, eliminava-se o problema do preconceito. Os cientistas, após muitas reticências, admitiram que o preto era um ser humano; *in vivo e in vitro* o preto tinha-se revelado análogo ao branco [...]” (Fanon, 2008, p. 111). Porém, este *reconhecimento* obviamente não é o bastante, como aponta Fanon visto nessa citação, “*in vivo e in vitro*”. Aparece como questão o viés de legitimar a humanidade dos negros e recoloca em questão as dinâmicas de sua interdição (Carneiro, 2005). Não é à toa que 67% das pessoas em situação de rua que participaram da Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua se declararam negras ou pardas, sendo que a população em geral do Brasil na época que foi realizada a pesquisa era de 47% de negras ou pardas em 2008 (Brasil, 2008a). Quando partimos para algumas capitais do Brasil, como a capital de Pernambuco – Recife – temos ainda uma maior incidência de pessoas negras e pardas entre a Pop rua, chegando a mais de 85% (Pernambuco, 2019). Assim, Sueli Carneiro (2005) recoloca a interdição das pessoas negras a partir de Michel Foucault da seguinte forma:

A interdição aparece em Foucault como um operador de procedimentos de exclusão (Foucault, 1996) que estão presentes tanto na produção discursiva quanto nas práticas sociais que derivam da inscrição de indivíduos ou grupos no âmbito da anormalidade, na esfera do não-ser, da natureza ou da desrazão. Gislene Aparecida dos Santos (2002) indica representações sobre o negro que circularam no ocidente, o estranhamento em relação à negritude determinando o exotismo como forma de simbolização do negro/africano que se apresenta como ameaça e fascínio, no imaginário europeu desde a Idade Média (Carneiro, 2005, p. 125).

Silvio Almeida (2019), ao discutir sobre raça e a sua constituição histórica, mostra que este termo ser utilizado para categorizar os seres humanos é um fenômeno moderno da humanidade, que data do século XVI, pois antes era apenas utilizado enquanto classificações outras, destinadas a pensar outros elementos da natureza, correlacionadas à fauna e flora. A terminologia da raça não se constitui em uma estaticidade na história para os seres humanos, ao contrário disso, não sendo por acaso que a partir do século XVI surge essa invenção, em que o

europeu se caracterizara como homem universal e em nome da expansão burguesa econômica desse território – o velho mundo – foi descobrindo o novo mundo. Assim, todos aqueles povos e culturas que não estivessem adequados e acobertados pelo entendimento de cultura europeia, não seria nada mais do que populações inferiores, menos evoluídas (Almeida, 2019).

Para Sueli Carneiro (2005, p. 125-126), “Na construção do Outro como ameaça, perigo, a interdição que se processa é a da admissão do Outro na plena humanidade, o seu deslocamento para um território intermediário entre a humanidade plena e a animalidade, inscrevendo-o no dizer de Foucault, no gabarito de inteligibilidade do monstro”. A autora, citando Foucault, complementa que:

(...) o monstro é, de certo modo, a forma espontânea, a forma brutal, mas, por conseguinte, a forma natural da contranatureza. É o modelo ampliado, a forma desenvolvida pelos próprios jogos da natureza, de todas as pequenas irregularidades possíveis. E, nesse sentido, podemos dizer que o monstro é o grande modelo de todas as pequenas discrepâncias. É o princípio de inteligibilidade de todas as formas – que circulam na forma de moeda miúda – da anomalia (Foucault, 2002, p. 70-71 *apud* Carneiro, 2005, p. 126).

E finaliza, “É nesse gabarito de inteligibilidade que o negro é apreendido pelo racismo do século XIX e permanece incrustado no fundo das consciências: intermediário entre o homem e o animal, manifestação de incompletude humana” (CARNEIRO, 2005, p. 126). Deste modo, a autora assinala como o racismo, a partir do dispositivo da racialidade, constrói uma interdição às pessoas negras e isto ocorre de formas diversas podendo ser pensado nas maneiras com que são produzidos *acesso* à população em situação de rua no país às políticas públicas, que, conforme apresentamos, é em sua maioria autodenominada negra. O caráter da interdição é um dos principais componentes históricos analíticos indispensáveis para pensar as questões que apresentamos nesta dissertação, uma vez que permitiu-nos aviltar formas coletivas de atenção e cuidado aos modos como construímos práticas formativas de profissionais no campo das políticas públicas no país.

A cartilha **Saúde da População em Situação de Rua: Uma Questão de Equidade** (Brasil, 2013), reconhece que um dos fatores que prejudica a saúde da Pop rua, dentre outros, é o fator racial.

Essa população se encontra exposta a riscos, agravos e doenças que comprometem a sua saúde, em virtude da precariedade das condições em que vivem, pela exclusão socioeconômica e pelo estigma cultural de que são vítimas. Estas condições podem ser ampliadas por fatores políticos, culturais, ambientais, étnicos-raciais, psicológicos e comportamentais [...] (Brasil, 2013, n.p).

Ao partirmos da compreensão de que o racismo está interligado a nossa estrutura social,

compreendemos que tudo é estruturado por processos institucionais do racismo, pois é estrutural na nossa sociedade, a exemplo de intervenções policiais contra a população negra do país, condenando-a e encarcerando-a nos presídios. Também podemos observar uma concepção individualista do racismo, personificando-o apenas à atuação de uma pessoa contra a outra, ou seja, simplificando algo que está imbricado a toda uma concepção de sociedade (Almeida, 2019), logo precisa ser enfrentada com medidas estruturais, além daquelas que remetem à responsabilização individual.

Anderson Miranda, um dos fundadores do Movimento Nacional da População em Situação de Rua, e um dos sobreviventes do massacre da Sé em São Paulo, nos mostra em sua fala uma denúncia do Estado: “é necessário também criminalizar o Estado. As pessoas não estão na rua porque a rua é bonita, e não necessariamente porque são usuárias de drogas. Mas a maioria que está na rua é negra e pobre” (Brasil, 2018, n.p).

Cecília Coimbra (2001) discute sobre como o conceito de *classes perigosas* se associa à pobreza e se fundamenta pelo discurso racista – baseando-se na medicina eugênica –. Como exemplo, temos a ciência que surge na Europa, em meados do século XIX, que legitima os princípios da escravidão se utilizando das teorias racistas. Para Lilia Lobo (1997), “a própria ciência que emerge no século XIX na Europa acaba por produzir os fundamentos para justificar o escravismo e a domesticação com as teorias do racismo, cujos efeitos até hoje atravessam nossa sociedade de ponta a ponta” (Lobo, 1997, p. 186-187).

Ao termos como base os ideais eugênicos, o advento dos *perigos sociais* estaria associado a miscigenação tida como inapropriada e indesejável, e é a partir dela que se associa a falácia levantada pelo discurso científico do século XIX, em que o que fugia da concepção social eurocêntrica se explicaria através das: “[...] enfermidades, imbecilidades, indolências, doenças físicas e morais de todos os tipos [...]”, como podemos ver nesse relato de Lilia Lobo (1997):

Pertencendo a uma ‘humanidade inferior’, o negro só poderia ser utilizado para executar certas tarefas menos nobres e, reduzido à escravidão, teria oportunidade de evoluir em contato com a raça branca. Mesmo o mulato, portador de uma porção de sangue branco que lhe ‘melhorava’ a condição, ainda assim carregava o risco da degeneração de uma raça mestiça – a produção de um corpo enfermo, imbecil e indolente (p. 187).

A partir dessa concepção, seriam as pessoas negras e mestiças as responsáveis por tudo aquilo que se apresente como disfunções da sociedade, apontado na forma de uma categoria humana análoga à bestialidade; e o corpo negro, obrigatório a todo trabalho escravo, converter-

se-ia em rebelde, impraticável para qualquer outro trabalho da burguesia (Lobo, 1997)?

Não é à toa que a figura (2), analisada por esta pesquisa e apresentada a seguir, foi difundida pelo Estado brasileiro para promover o direito da Pop rua à saúde pelo SUS. No cartaz, são apresentadas três pessoas que estariam em situação de rua no Brasil a partir da população negra. Na imagem, podemos ver uma legenda que diz: “Cuidar bem da saúde de todos. Faz bem para a população em situação de rua. Faz bem para o Brasil”. Posterior a isso, a palavra saúde aparece representada por vários elementos. A letra S é representada a partir de areia colorida – uma arte comum do nordeste –, e sua tampa é no formato de um chapéu de cangaceiro. O A é representado por uma toalha branca e pregadores coloridos em formato de A. A letra U é representada por um cocar indígena. A letra D é desenhada em um jornal. Por fim, a letra E é representada por vários instrumentos de trabalho. Martelos, pregos, bem como uma garrafa d’água. Após isso, três pessoas negras são apresentadas. Dois homens e uma mulher. Todos com tons de roupa marrons. As peles se apresentam bastante reluzentes como se estivessem com óleo, devido ao brilho que refletem.

Figura 3 - Imagem utilizada pelo Ministério da Saúde para representar a Pop RUA



Fonte: (Brasil, 2015).

Apesar da descrição anterior ter sido feita com o objetivo de tornar acessível a imagem às pessoas com deficiência visual, o breve relato da imagem apresenta as características a partir

das quais comunica-se aos leitores deste documento quem e como são as pessoas em situação de rua. Pessoas negras e com aparência de sujas. Embora alguns elementos da imagem possam tentar apresentar certa representatividade: nordeste, praias, indígenas, etc., podemos nos questionar porque justamente elementos de outras populações oprimidas e violentadas do Brasil foram escolhidas para serem associadas à população de rua.

Além disso, na imagem apresentada, podemos ver outro componente bastante importante: o trabalho, a partir das ferramentas. Em uma sociedade capitalista e neoliberal, a resposta para a PSR parece simplista: arranjar um trabalho. Neste caso, o trabalho pode aparecer como uma solução brilhante, pois tanto produz para o capitalismo, como higieniza as ruas. Por falar em práticas higienistas, é importante mencionar o trecho “faz bem para o Brasil”. Por quais razões cuidar da saúde da Pop RUA interessa aos brasileiros senão por uma ótica higienista? Ora, se uma das populações mais marginalizadas do país estiver com a saúde preservada, não haverá perigos para as demais classes sociais.

Como Lilia Lobo (1997) escancara em sua tese de doutorado, a medicina eugenista aparece como fiscalizadora, uma polícia médica de controle social, sendo os mais atingidos a população negra e pobre, o que me remete a poesia musicada de Gilberto Gil e Caetano Veloso chamada *Haiti* que mostra cruamente como os negros e pobres são tratados em nossa sociedade:

Quando você for convidado para subir no adro da Fundação Casa de Jorge Amado, pra ver do alto a fila de soldados, quase todos pretos, dando porrada na nuca de malandros pretos, de ladrões mulatos, e outros quase brancos, tratados como pretos, só pra mostrar aos outros quase pretos (e são quase todos pretos) como é que pretos, pobres e mulatos e quase brancos, quase pretos de tão pobres são tratados. E não importa se olhos do mundo inteiro possam estar por um momento voltados para o largo onde os escravos eram castigados, e hoje um batuque, um batuque com a pureza de meninos uniformizados de escola secundária em dia de parada, e a grandeza épica de um povo em formação, nos atrai, nos deslumbra e estimula, não importa nada, nem o traço do sobrado, nem a lente do fantástico, nem o disco de Paul Simon. Ninguém, ninguém é cidadão [...] (Caetano Veloso; Gilberto Gil – Haiti)

Todavia, mesmo com os indicativos raciais dessa população em situação de rua, nos documentos analisados o fator racial é trabalhado com raridade, e, quando ocorre, fica majoritariamente relacionado ao fator estatístico, baseando-se em pesquisas e censo nacionais, como é possível perceber em um dos documentos analisados, **Saúde da população em situação de rua: um direito humano** (Brasil, 2014), que traz dados da Pesquisa Censitária Nacional sobre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua:

Com relação ao recorte raça/cor, 72,8% das crianças e adolescentes em situação de rua são negros (49,2% pardos e 23,6% pretos), enquanto 23,8% são brancos. Considerando-se os dados do Censo do IBGE de 2010 que apontam que a população brasileira era composta por 47,7% brancos, 7,6% pretos e 43,1% pardos, percebemos que o percentual de crianças e adolescentes negros em situação de rua é consideravelmente maior que o percentual de negros na população brasileira (Brasil, 2014, p. 14).

A partir disso, é possível destacar que o discurso sobre raça é pouco desenvolvido nos documentos analisados como um fator que atravessa o cuidado – ou o não cuidado – em saúde dessa população específica. Já em alguns documentos, como a **Síntese de evidências para políticas de saúde: Adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua** (BRASIL, 2016b), ou na nota técnica **Prevenção ao COVID-19 no âmbito das equipes de consultórios na rua** (Brasil, 2020), o fator racial dessa população na discussão sobre políticas públicas de saúde não aparece diretamente e resume-se às suas especificidade/s em relação à promoção em saúde, somente relacionado ao discurso da pobreza, este sim se fazendo sempre presente nos documentos analisados. Portanto, pensamos que seja insuficiente apenas abordar esses dados estatisticamente, sem uma compreensão ampla e compromissada de colocar em análise o dispositivo de racialidade compreendido nas dinâmicas de interdição de acesso que a população em situação de rua sofre. Assim, torna-se eficiente recolocar essas questões, considerando a construção de estratégias efetivas para o enfrentamento político coletivo dessas desigualdades.

5.3 DESPERTA-SE OUTROS SUJEITOS NA POLÍTICA DE SAÚDE: da invisibilidade ao direito

Certamente, a invisibilidade é um dos graves problemas que assola essa população e impede que ela tenha seus direitos reconhecidos. Essa invisibilidade se torna evidente quando pensamos que apenas em 2009 instituiu-se a Política Nacional para População em Situação de Rua e que o Movimento Nacional da População em Situação de Rua só surgiu no início do século 21 (Brasil, 2014, p.9).

Essa invisibilidade apontada na cartilha analisada, **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**, é advinda de um processo histórico de negação e interdição de direitos da população em situação de rua no Brasil, através do dispositivo da racialidade (Carneiro, 2005). Bem como estigmatizações, preconceitos e discriminação direcionadas a esta. O que acaba por repercutir naquilo que discutimos sobre o racismo, como vemos em Mirna Teixeira et al. (2019). As autoras mostram relatos de profissionais da saúde, mais

especificamente do consultório na rua, sobre barreiras encontradas para o acesso dessa população aos serviços de saúde que não sejam aqueles ditos especializados para a População em Situação de Rua.

Para Teixeira *et al.* (2019) e Juliano Santos (2019), geralmente são os serviços de saúde *não especializados* para esta população que reforçam certas práticas discursivas e não-discursivas. Acabam por assujeitar as pessoas em situação de rua, subjugando-as como usuários malcheirosos, maltrapilhos, perigosos etc. Como visto também na tese de Juliano Santos (2019), que analisou reportagens sobre a população em situação de rua e apresentou como esta é representada, há uma concepção coletiva correlacionada ao perigo que ainda predomina na sociedade quando se discute questões sociais relacionadas à extrema pobreza. Esta população é vista, portanto, na rede de saúde não especializada, como sujeitos pretensamente pertencentes às *classes perigosas*, como aponta Cecília Coimbra (2001), apresentando assim um perigo para as classes dominantes.

Os profissionais de saúde e das demais políticas públicas, podem ocupar em situações de trabalho esse outro representante da classe dominante e ser reforço do distanciamento e negação de direitos daqueles que deveriam possuí-lo? Como mencionamos anteriormente, a partir dos documentos, isto ocorre através de práticas de violação de direitos nos serviços de saúde, mesmo que o cuidado em saúde para a população em situação de rua seja repetidamente pontuado nos discursos produzidos na cartilha citada anteriormente, como um direito humano que deve ser garantido.

Todavia, a partir do que foi pontuado sobre o cuidado em saúde para a Pop rua que tem sido reforçado na cartilha em questão, é possível observar o surgimento dessa população numa outra perspectiva, não mais como sujeitos abdicados de direitos da sociedade civilizada e à margem da sociedade - em que as políticas de saúde pouco consideravam a pensar sobre -, mas agora como uma população que surge, emerge e luta por direitos, organizando-se coletivamente e fortalecendo sua agência política. Isso vai além das concepções da saúde desta população, atingindo também outras áreas de intervenções das políticas públicas no país - sendo a da saúde uma delas, e nosso foco de trabalho, como exposto pela já citada Política nacional para a população em situação de rua, que propõem o cuidado e a atenção em saúde da PSR. A partir disso, podemos nos questionar: estamos vivenciando então deslocamentos na história das políticas públicas para pessoas que vivem nas ruas?

É importante destacar que as políticas públicas direcionadas à População em Situação

de Rua devem ser intersetoriais para terem maior chance de sucesso. Exemplificando, é fundamental que as Políticas Públicas de Saúde para esse público estejam articuladas com as de Assistência Social (Brasil, 2014, p. 16-17).

Nesta citação, se estabelece um dispositivo¹⁹ que pontua uma possível relação, em que o sucesso das políticas públicas de saúde estaria relacionado à intersetorialidade, ou seja, ao acionamento de outras políticas, mas não qualquer uma. Afirma-se, portanto, a necessidade de acionamento das políticas de assistência social.

Outros documentos também reforçam essa noção, como o Guia de Atuação Ministerial: defesa dos direitos das pessoas em situação de rua (Conselho Nacional do Ministério Público, 2015). O documento aponta que é evidente a necessidade de serviços de atenção à saúde para a população referida, mas alguns dados levantados em relação a saúde/doença apontam que geralmente essas pessoas acessam os serviços de saúde pela contramão²⁰. Percebe-se então que é imprescindível a articulação entre saúde e assistência social para o seu atendimento. Parece ser colocado que: 1) Sobre assistência social – política que detém o saber sobre a população em situação de rua e, portanto, a orienta e direciona a qual equipamento de saúde essa tem de ir, como subsídio de efetivação de atendimento; 2) Quanto ao sistema de saúde pública – territórios não preparados para acolher e atender a população em situação de rua, onde se sofre grande incidência de preconceito e discriminação nos serviços de saúde. Como antes citado, um indicador que mostra esse apontamento é na pesquisa sobre a população em situação de rua, em que mais de 18% dos/as entrevistados/as apontaram ter sofrido algum tipo de discriminação na rede de saúde (Cunha; Rodrigues, 2009), como antes já relatado nessa dissertação.

[...] é importante destacar que entre essa população são recorrentes os relatos de recusa em ir para unidades de saúde devido a episódios de mau atendimento em hospitais, de negação a atendimento e impedimento de entrada nas unidades de saúde (Brasil, 2014, p. 26).

A cartilha **Saúde da população em situação de rua: um direito humano** (Brasil,

¹⁹ 1) “O dispositivo é a rede de relações que podem ser estabelecidas entre elementos heterogêneos: discursos, instituições, arquitetura, regramentos, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas, o dito e o não dito. 2) O dispositivo estabelece a natureza do nexo que pode existir entre esses elementos heterogêneos. Por exemplo, o discurso pode aparecer como programa de uma instituição, como um elemento que pode justificar ou ocultar uma prática, ou funcionar como uma interpretação a posteriori dessa prática, oferecer-lhe um campo novo de racionalidade. 3) Trata-se de uma formação que, em um momento dado, teve por função responder a uma urgência. O dispositivo tem, assim, uma função estratégica.” (Castro, 2009, p. 124)

²⁰ A população em situação de rua no Brasil busca primeiramente os serviços de emergência quando estão com alguma questão de adoecimento e não as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que são consideradas as portas de entrada da saúde pública (Brasil, 2015).

2014), portanto, refere e reconhece as práticas de negação de direitos básicos, resultantes, entre várias razões, de um tempo próximo e ainda recorrente, em que as pessoas que vivem nas ruas são abolidas de direitos básicos em serviços de saúde; mas que reconhece como uma outra saída possível para a garantia desses direitos a intersectorialidade entre a assistência social e a saúde.

Embora existissem ações do Estado e da sociedade civil visando essa população, podemos afirmar que esses atores agiam quase sempre com uma ótica assistencialista ou até com políticas higienistas. Ou seja, o reconhecimento dessas pessoas como cidadãos de direitos é recente e ainda não é acolhido na sociedade (Brasil, 2014, p. 09).

Para possibilitar outros discursos, que abandonem essa ótica assistencialista e higienista, se faz necessário desenvolver um outro saber que não mais do assistencialismo e de práticas higienistas – historicamente incutidos à essa população. Para Foucault (2008, p. 204), “um saber é aquilo de que podemos falar em uma prática discursiva que se encontra assim especificada: o domínio constituído pelos diferentes objetos que irão adquirir ou não um *status* científico”. Desse modo, o saber é aquilo que pode ser até separado da ciência, porém só há saber se houver prática discursiva determinada.

A mesma cartilha citada anteriormente (2014), aponta que o surgimento do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR) e da Política Nacional para a População em Situação de Rua são tardias, o que reforça a noção da invisibilidade dessa população em relação aos seus direitos, apenas visíveis às políticas de repressão do Estado neoliberal. Porém, desde então, observa-se o surgimento de direitos através de políticas públicas de saúde para essa população, assistência que antes disso só era possível de visualizar através de atuações religiosas/filantrópicas, ou até mesmo oriundas do poder público, mas ainda longe de ser uma conquista em âmbito nacional a partir de políticas públicas.

Barbosa (2018) relata que mesmo antes da década de 1990 havia alguns movimentos, comumente ligados a entidades religiosas, atuando junto à população em situação de rua, porém, fora do consentimento de uma política de Estado. É nessa década de 1990 que começam as mobilizações em relação à falta de políticas públicas para esta população. Segundo o autor, “nesse momento, a mobilização era marcada pelo protagonismo de entidades de apoio e defesa dessa população” (Barbosa, 2018, p. 34). Cria-se nessa década o Fórum da População de Rua e do “Programa População de Rua”, na cidade de Belo Horizonte em Minas Gerais e o Fórum Coordenador dos Trabalhos com a População em Situação de Rua na cidade de São Paulo, ambos em gestões de prefeitos do Partido dos Trabalhadores (PT) (Barbosa, 2018). Por

coincidência ou não, é também no governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, que se cria a Política Nacional para a População em Situação de Rua.

É nessa política, instituída em dezembro de 2009 (BRASIL, 2009a), que vimos os direitos da população em situação de rua surgirem em forma de Decreto Presidencial e é a partir deste que as políticas de saúde vão se guiar para garantir o direito desse segmento populacional, destaca a cartilha, **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**, ao discutir sobre as “conquistas da área da saúde para a população em situação de rua” (p. 27)

No mesmo ano em que foi publicado o Decreto que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, foi constituído também o Comitê Técnico de Saúde para essa população por meio da Portaria MS/GM nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009. Esse foi um passo importante para possibilitar avanços na área da Saúde para esse público. Esse Comitê é composto por representantes de algumas Secretarias do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz e por representantes de Entidades da Sociedade Civil organizada. Desse modo, as conquistas na área da Saúde foram obtidas com a efetiva participação da sociedade civil (Brasil, 2014, p. 27).

O Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) mostra a importância da participação das pessoas em situação de rua, ou das que já estiveram nessa situação, na luta pelas políticas públicas que visem melhorias de vida para esse segmento populacional. Para isto, é necessário ocupar os espaços e ter formação política para tal. O MNPR atua neste sentido. E é devido a isto que o movimento ocupou espaços importantes de luta nos Conselhos de Políticas Públicas municipais, estaduais e nacionais em diversas áreas como a da Saúde e da Assistência Social.

Essa possibilidade de ruptura discursiva – anteriormente havia uma deliberante e violenta prática de invisibilidade desses sujeitos, conforme apresentamos ao longo desta dissertação – constrói uma outra possibilidade de saberes possíveis devido à *episteme* da atualidade, que produz conhecimento sobre a população em situação de rua – junto à ela mesma – como sendo possuidores de direitos. Gera, portanto, subsídios que atuam na direção dos direitos humanos para produzir novos sujeitos, sujeitos de direitos; e que para garanti-los enquanto tal, a vontade de poder e a agência política desta população, aqui apresentada através e mais diretamente pelo MNPR, passa a produzir outros saberes.

Ao compreendermos que saber e poder estão articulados na constituição de lutas sociais e de subjetividades, consequentemente “ao estudar as articulações entre poder e saber, Foucault nos traz que os saberes se engendram e se organizam para atender a uma vontade de poder [...] o filósofo de certa maneira inverteu a conhecida relação já tematizada por Francis Bacon, no início do século XVII [...]”, que afirmava que quanto mais saberes se tem, maiores poderes o sujeito teria (Veiga-Neto 2003, p.117).

O poder e o saber são intrínsecos. Aqueles que detém o conhecimento, ou melhor, o saber, decidem a atuação, a intervenção e o que pode ser dito em relação ao seu objeto. A exemplo disto, podemos pontuar a *medicina clínica*, que produz um saber a partir de um “[...] conjunto das funções de observação, interrogação, decifração, registro, decisão, que podem ser exercidas pelo sujeito do discurso médico” (Foucault, 2008, p. 204). Ao pensarmos sobre essa concepção do saber médico eugenista do século XIX e XX, podemos pensar o discurso do direito à saúde dessa população partindo dela própria, de suas inquietações e necessidades, quando a vemos ocupando os espaços de promoção da saúde, sendo mencionada a partir do MNPR em apoio ao **Manual Sobre o Cuidado Junto a População em Situação de Rua** (Brasil, 2012a).

A cartilha do MNPR de 2011 é mencionada em quatro dos seis documentos que reunimos para análise. Na cartilha **Saúde da População em Situação de Rua: Um Direito Humano** (Brasil, 2014) o MNPR é amplamente mencionado e com espaço de fala, tendo espaço de um tópico na cartilha, sobre o movimento. No folder **Saúde da População em Situação de Rua: uma Questão de Equidade** (Brasil, 2013) o MNPR também é mencionado.

Na **Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: Adesão ao Tratamento de Tuberculose pela População em Situação de Rua** (Brasil, 2016b), afirma-se que o MNPR foi importante para várias conquistas desse segmento populacional, incluindo a instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua. Esse movimento apenas não é citado em dois documentos de análise, que são: o cartaz **Cuidar bem da saúde de todos. Faz bem para a população em situação de rua. Faz bem para o Brasil**, de 2015, e a nota técnica de Prevenção **ao Covid-19 no âmbito das equipes de consultórios na rua**, de 2020.

Com isso, trouxemos aqui discussões que fazem emergir discursos-práticas das políticas de saúde em relação a Pop rua como sujeitos de direitos. Todavia, alertamos que não podemos perder de vista as condições que iniciaram a relação da saúde-Estado com essa população na modernidade. No Brasil, mais especificamente no século XX, o movimento eugenista infra-humanizou os sujeitos negros, pobres etc. Podemos observar a herança destas práticas nos dias de hoje, frente às negações de direitos, frequentemente não efetivados e não garantidos para esta população.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao passo que finalizamos esta dissertação, buscamos nestas considerações finais sistematizar os discursos-práticas produzidos nos materiais que utilizamos para construir nosso trabalho, que consistem nos documentos do MS do Brasil e de minhas memórias junto a população em situação de rua, atentando-se em buscar compreender como a população em situação de rua aparece como sujeitos de direitos nas políticas públicas de saúde no Brasil. Para isto, além de problematizarmos as condições históricas e sociais a partir das quais a população em situação de rua do Brasil vem se alicerçando como sujeitos de direitos nas políticas públicas, utilizamos a análise de discurso foucaultiana, com a premissa de trabalharmos alguns documentos de domínio público ofertados pelo Ministério da Saúde, disponíveis na BVS – Ministério da Saúde.

Reconhecemos que, como todas as pesquisas, esta também teve suas limitações. Apesar de à primeira vista o número de documentos delimitados para a realização do trabalho ser pequeno (6), tanto nosso arcabouço teórico, como o nosso campo-tema, são amplos e polifônicos, seja pela grande quantidade de conceitos-teóricos que perpassam a discussão, como a própria complexidade e tensões das discussões que envolvem saúde e a população em situação de rua. Em virtude disso, e pelas próprias limitações de uma dissertação (tempo de duração/prazos, etc.), os documentos escolhidos poderiam ser muito mais explorados, pois apresentam uma grande diversidade e densidade de informações.

Além das próprias limitações da pesquisa, qualquer trabalho acadêmico é personificado, pois é construído por um autor, que no caso desta pesquisa, adentrou na seleção para o mestrado desempregado, em meio a uma pandemia gerida por um governo catastrófico, em que a política de destruição e desmonte em massa não era direcionada apenas à saúde, mas também à ciência. Sem financiamento por bolsa durante todo o mestrado para dedicação exclusiva a esta pesquisa, pouco tempo depois da seleção consegui uma oportunidade e reingressei novamente como Psicólogo Social no Programa ATITUDE, a partir do qual conciliei 40h semanais de trabalho com esta pesquisa.

Apesar das imensas dificuldades, de diversas ordens, e de tudo que foi necessário abrir mão durante essa jornada dupla de trabalho e de pesquisa, há uma grande potência em pesquisar algo que você vivencia intensamente e cotidianamente no seu trabalho. Assim, ambas as experiências se misturavam. Na minha pesquisa, foram diversos os elementos vivenciados no meu trabalho; bem como no meu trabalho, diversas foram as questões da pesquisa que pude

vivenciar e perceber, o que nos sinaliza, mas sem romantizações, que trabalhar e pesquisar no mesmo campo-tema é tanto um desafio como certamente uma das maiores potencialidades que uma pesquisa pode ter.

Entre as nuances citadas acima, esta dissertação foi construída. Cabe dizer que com muito empenho e dedicação, a partir da qual cada capítulo desta produção sinaliza que este trabalho é um alerta e uma denúncia, que compreende não só as nuances históricas e sociais que conduziram e inseriram esta população nas políticas de saúde atuais, as quais produzem repercussões até hoje, mas também a importância de colocar em evidência que a existência de uma Política Nacional para a População em Situação de Rua é insuficiente para a garantia de direitos à saúde desta população.

Esta discussão indica uma das principais considerações que esta dissertação pode tecer, pois apesar dos nossos esforços de contextualizar o/a leitor/a sobre os caminhos históricos e o desenho atual da saúde da pop rua, não há uma linearidade na dinâmica que envolve saúde e população em situação de rua. Se em um determinado momento histórico a PSR subsistia a partir de caridade, sobretudo das igrejas e de entidades religiosas, este é um cenário que ainda permanece. Se a história da humanidade está marcada pela repressão policial, pelos discursos-práticas de saber-poder, bem como a ótica higienista da medicina e da psiquiatria às pessoas mais pobres, em condições de vulnerabilidade e miserabilidade, lidas socialmente como perigosas e infames, este também é um cenário que ainda permanece.

Neste emaranhado de problemáticas e tensionamentos que perpassaram a pop rua, podemos elencar quatro questões como importantes para o surgimento dessa população como sujeitos de direitos nas políticas públicas de saúde do Brasil: 1) A luta política por tais direitos, seja a partir, inicialmente, de entidades sociais religiosas, pelas próprias pessoas em situação de rua que começaram a se organizar e se articular politicamente, até o nascimento e fortalecimento de alguns grupos e coletivos organizados, como por exemplo: Movimento Nacional da População de Rua, Fórum da População de Rua, Programa População de Rua e Fórum Coordenador dos Trabalhos com a População em Situação de Rua; 2) A reorganização política do país a partir da redemocratização, principalmente a partir de alguns acontecimentos, como a Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1998), que já demarcava alguns direitos humanos e sociais progressistas e preocupados com os diversos tipos de desigualdades; 3) A chegada e permanência de um governo de esquerda, o PT, com os/as presidentes/as Lula e Dilma Rousseff dos anos 2002, até o golpe de Estado em 2016, destituindo-a da Presidência da República. Isso porque nestes governos do PT muitos marcos e conquistas foram garantidos

para a pop rua, como a criação da Política Nacional Para a População em Situação de Rua, do Comitê Técnico de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social, que apesar de não ter foco na saúde propriamente dita, é uma das políticas com maior afinidade à PSR, e que cotidianamente trabalha a partir da intersectorialidade com a saúde; e, por fim, 4) A investida de um estado neoliberal, a partir do biopoder, que atua na perspectiva de reger e controlar corpos de indivíduos e populações, utilizando-se de diversos mecanismos, inclusive das práticas da saúde.

Ao apresentar estes argumentos, podemos perceber que muitos foram os elementos que contribuíram para a inserção da pop rua como sujeitos de direitos nas políticas de saúde do Brasil. Porém, como dialogamos anteriormente, a existência de tais políticas não garante nem o acesso e nem serviços e atendimentos de saúde de qualidade para essa população, a partir dos quais direitos humanos e a dignidade humana sejam respeitados e preservados.

Nas produções discursivas analisadas, reunimos algumas produções discursivas que problematizam os desafios e violações de direitos vivenciados pela PSR nos serviços de saúde, bem como esta população aparece nesses documentos. Sintetizaremos a seguir, a partir de alguns pontos, os principais achados: 1) O preconceito, o estigma e a discriminação dos profissionais de saúde para com a pop rua, bem como a urgência de sensibilização destes profissionais ao cuidado em saúde equitativo; 2) A disparidade social entre pessoas em situação de rua, majoritariamente negras, aos que produzem os discursos em saúde, que são majoritariamente pessoas brancas e de classe média; 3) Poucos equipamentos de Consultório nas Ruas no Brasil, assim como a existência de poucos serviços de saúde especializados para esta população, aparecendo os serviços não especializados como maiores produtores de violações de direitos nos serviços da saúde.

Em nossa análise, fica evidente como problemas estruturais perpassam toda essa dinâmica, como o racismo, que está entrelaçado na sociedade brasileira, entretanto é ínfima a discussão sobre essa temática nos documentos analisados, o que deveria estar em evidência nas produções discursivas de impedimento ao cuidado em saúde no Brasil, um país colonizado por europeus e perpetrado por um viés racista. No entanto, nas produções analisadas, as mudanças estruturais parecem ser coadjuvantes e muitas vezes sequer são citadas. Micropolíticas de enfrentamento ganham destaque, como por exemplo, a proposta de aumento de Consultórios nas Ruas e serviços de saúde especializados para a população de rua, o que nos faz refletir sobre os mecanismos de inclusão/exclusão destas práticas.

Este último ponto, inclusive, nos sinaliza possibilidades para outros caminhos de

pesquisa que podem surgir a partir dos resultados desta dissertação. Podemos nos questionar, por exemplo, sobre as produções discursivas da própria população em situação de rua sobre os caminhos possíveis para as problemáticas que envolvem saúde e pop rua. Que discurso seria produzido pela PSR sobre a criação de mais consultórios na rua e serviços especializados para esta população? Exclusão/inclusão? Soluciona, talvez, as violações de direitos, mas segrega e reforça tais práticas profissionais nos serviços de saúde não especializados? É possível promover cuidados em saúde entre as próprias pessoas em situação de rua?

São perguntas que podem ser problematizadas em pesquisas outras, que podem contar com a PSR, profissionais e gestores da área. Outras questões também podem ser abordadas, pois apesar de importantes, não puderam ser discutidas diante das limitações desta pesquisa, como as discussões sobre gênero, por exemplo, pois o número de homens nas ruas é significativamente maior que de mulheres, o que pode dar possibilidades de discutir saúde e masculinidades na PSR. Todavia, são muitos os caminhos possíveis e necessários, pois esta pesquisa não possui pretensões epistemológicas de esgotar as discussões sobre este campo e espera ter contribuído para uma discussão tão necessária para a saúde pública brasileira no campo das políticas públicas, pois quando falamos sobre população em situação de rua, o Brasil possui um longo trabalho de reparação histórica pela frente, seja na saúde ou nas diversas outras áreas de práticas e conhecimentos em que essa população foi invisibilizada, desrespeitada, violentada.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, José Carlos Gomes. **Implementação das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua: desafios e aprendizados**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento) – Instituto de Economia Aplicada – IPEA, Brasília, 2018. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/sites/images/mestrado/turma2/jose_carlos_gomes_barbosa.pdf. Acesso em: 02 jun. 2022.
- BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane. **Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. DF: Presidência da república, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 02 jun. 2022.
- BRASIL. **Decreto nº 7.053 de 23 de Dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. DF: Presidência da república, 2009a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 30 dez. 2021.
- BRASIL. **Decreto nº 9.894, de 27 de Junho de 2019**. Dispõe sobre o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua. Brasília/DF, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9894.htm. Acesso em: 01 abr. 2022.
- BRASIL. **Emenda constitucional nº 95, de 15 de Dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília/DF: 2016a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 01 mar. 2023.
- BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de Dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da república, 1993. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1993/lei-8742-7-dezembro-1993-363163-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 01 set. 2022.
- BRASIL. **Lei nº 11.258, de 30 de Dezembro de 2005**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua. DF: Presidência da república, 2005a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11258.htm#art1. Acesso em: 23 jul. 2022.

BRASIL. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Sumário Executivo. PESQUISA NACIONAL SOBRE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.** Brasília/DF, 2008a. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/033.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consultório de Rua.** Brasília/DF, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/consultorio-na-rua/>. Acesso em: 05 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Direitos Humanos. **Cuidar bem da saúde da população em situação de rua, faz bem para os brasileiros. Faz bem para o Brasil.** Campanha de políticas de equidade, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/cuidar_bem_saude_populacao_situacao_rua.pdf. Acesso em: 02 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. **Prevenção ao covid-19 no âmbito das equipes de consultórios na rua.** Brasília/DF: Ministério da saúde, 2020. Disponível em: http://saude.piracicaba.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Consultorios_rua_APS_20200319_ver001.pdf. Acesso em: 02 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf. Acesso em: 02 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde Adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_adesao_tuberculose.pdf. Acesso em: 02 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf. Acesso em: 02 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: uma questão de equidade.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/saude_populacao_situacao_rua.pdf. Acesso em: 02 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Plano operativo para implementação de ações em saúde da população em situação de rua**

2012-2015. Brasília/DF, 2012b. Disponível em:

https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPDH/PLano_Operativo_para_Implementa%C3%A7%C3%A3o_de_A%C3%A7%C3%B5es_em_Sa%C3%BAde_da_Pop_em_situa%C3%A7%C3%A3o_de_Rua_2012-2015.pdf. Acesso em: 02 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à COVID-19.

Secovid. **Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a COVID-19.** 12. ed.

Brasília/DF, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacinacao-contra-covid-19.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. I Censo e pesquisa nacional sobre a população em situação de rua - Síntese dos Resultados. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua.** Brasília, DF: MDS: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009b. Disponível em:

<https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/052.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social - PNAS/2004. Norma Operacional Básica - NOB/SUAS.** Brasília, 2005b. Disponível em:

https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 02 out. 2022.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Racismo, invisibilidade e violência letal contra população em situação de rua são debatidos em seminário.** Brasília/DF, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2018/setembro/racismo-invisibilidade-e-violencia-letal-contra-populacao-em-situacao-de-rua-sao-debatidos-em-seminario>. Acesso em: 25 mai. 2023.

BRASIL. **Oitava Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. 17 a 21 de Março de 1986.** Brasília, DF: 1986. Disponível em:

https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRASIL. **Política Nacional Para Inclusão Social da População em Situação de Rua.** Brasília/DF, 2008b. Disponível em:

https://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2019-08/pol.nacional-morad.rua_.pdf. Acesso: 11 mai. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 1.820, de 13 de Agosto de 2009.** Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, 2009c. Disponível em:

https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 30 dez. 2021.

BRITO, Cláudia; SILVA, Lenir Nascimento da. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, 27 (01) Jan, 2022.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19662021>. Acesso em: 15 jan.

2023.

CARNEIRO, Sueli. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. Tese (Doutorado em educação) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <https://negrasoulblog.files.wordpress.com/2016/04/a-construc3a7c3a3o-do-outro-como-nc3a3o-ser-como-fundamento-do-ser-sueli-carneiro-tese1.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2023.

CASTEL, Robert. **A discriminação negativa. Cidadãos ou autóctones?** Tradução de Francisco Morás. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

CASTEL, Robert. **A insegurança social. O que é ser protegido?** Tradução de Lúcia M. Endlich. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores**. Edgardo Castro. Tradução de Ingrid Müller Xavier. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009, 477.

COIMBRA, Cecília. Ética, direitos humanos e biopoder. **verve**, 20: 85-100, 2011. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/14545/10575>. Acesso em: 12 ago. 2022.

COIMBRA, Cecília. **OPERAÇÃO RIO: O mito das classes perigosas: um estudo sobre a violência urbana, a mídia impressa e os discursos de segurança pública**. Niterói/RJ: Oficina do Autor; Intertexto, 2001.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Guia de atuação ministerial. Defesa dos direitos das pessoas em situação de rua. Ação nacional dos direitos fundamentais**. Brasília/DF, 2015. Disponível em: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/Guia_Ministerial_CNMP_WEB_2015.pdf. Acesso em: 08 jan. 2023.

CORDEIRO, Mariana Prioli. Reflexões sobre usos da noção de compromisso social da ciência: o caso da Psicologia brasileira. **Athenea Digital** - 18(3): e2086, nov., 2018. Disponível em: <https://raco.cat/index.php/Athenea/article/view/341986/433038>. Acesso em: 20 jun. 2023.

CRÔNICOS DO DIA A DIA. **Com a palavra: MNPR - Movimento Nacional da População de Rua**. 19 ago. 2021. Disponível em: <https://cdd.org.br/noticia/saude-publica/com-a-palavra-mnpr-movimento-nacional-da-populacao-de-rua/>. Acesso em: 05 jan. 2022.

CUNHA, Júnia Valéria Quiroga da Cunha; RODRIGUES, Monica (orgs.). **RUA APRENDENDO A CONTAR. Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua**. Brasília: DF: MDS; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/052.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2021.

DIAS, Daniela Duarte; LARA, Lutiane; BUTIERRES, Maria Cecília. O sujeito de direitos. **Polis e Psique**, Vol. 2, n 2, 2012. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/39805/25579>. Acesso: 15 ago. 2022.

DICIO. Dicionário Online de Português. **Xeque-mate**. 2023. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/xeque-mate/#:~:text=Significado%20de%20Xeque%2Dmate,em%20menos%20de%20dez%20lance>s. Acesso em: 13 jan. 2023.

SCOREL, Sarah. A saúde das pessoas em situação de rua. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, DF: MDS: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009b. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/052.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2021.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Tradução de Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5663273/mod_resource/content/1/%5BAULA%20%5D%20Fanon_Peles%20Negras%20M%C3%A1scaras%20Brancas.pdf. Acesso em: 30 mar. 2023.

FARR, Robert M. **As raízes da psicologia social moderna**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2013.

FERNANDES, Larissa. **Mídia representa pessoas em situação de rua de forma negativa**. Jornal da USP. 29 jan. 2018. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/ciencias-humanas/midia-representa-pessoas-em-situacao-de-rua-de-forma-negativa/>. Acesso em: 20 abril 2023.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. **Foucault e a análise do discurso em educação**. Cadernos de Pesquisa, São Paulo/SP, n. 114, p. 197-223, novembro, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/SjLt63Wc6DKkZtYvZtgg9t/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 Jan. 2022.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Políticas Públicas**. [2022?]. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/publicacoes/politicas-publicas/#:~:text=A%20Seguran%C3%A7a%20P%C3%BAblica%20%C3%A9%20um,ao%20Estado%20democr%C3%A1tico%20de%20Direito>. Acesso em: 15 jun. 2023.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. Aula inaugural no college de france, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. 3ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996. Disponível em: https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/1867820/mod_resource/content/1/FOUCAULT%2C%20Michel%20-%20A%20ordem%20do%20discurso.pdf. Acesso em: 30 dez. 2021.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade. Curso no Collège de France (1975-1976)**. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Estratégia, Poder-Saber. Coleção Ditos & Escritos**. 2. ed. Tradução de Vera Lucia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I. A vontade de saber (1976)**. 13. ed. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de

Janeiro: Graal, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 13. ed. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: edições graal, 1998.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro/RJ: Editora Forense Universitária, 1977.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**. Curso no College de France (1974-1975). Tradução de Eduardo Brandão. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis, Vozes, 1999. 288p.

GOFFMAN, Erving. **Estigma, notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Tradução de Mathias Lambert. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 2004.

GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; LARA, Lutiane; ADEGAS, Marcos Azambuja. Políticas públicas entre o sujeito de direitos e o homo oeconomicus. Políticas públicas entre o sujeito de direitos e o homo oeconomicus. **Psico**, 41(3)., 2010. Disponível: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8163>. Acesso em: set. 2022.

HAITI. Intérprete: Caetano Veloso. Compositor: Gilberto Gil; Caetano Veloso. In: Tropicália. Intérprete: Caetano Veloso. Rio de Janeiro: PolyGram do Brasil, 1993.

INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA E PROMOÇÃO DE DIREITOS HUMANOS. 19 de Agosto: 17 anos do Massacre da Sé e data que marca a luta das pessoas em situação de rua. 19 ago. 2021.

KLAUMANN, A. R. Moradores de rua - um enfoque histórico e socioassistencial da população em situação de rua no brasil: A realidade do centro pop de Rio do Sul/SC Rio do Sul. **UNIDAVI**. Ituporanga, 2015. p. 1- 16. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Alexandre-da-Rocha-Klaumann.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2022.

LIMA, Marcus Eugênio Oliveira; VALA, Jorge. Posições sociais e percepções de justiça. In: Jorge Vala. (Org.). **Simetrias e Identidades de Jovens Negros em Portugal**. Oeiras: Celta, 2003. p. 51-76.

LOBO, Lilia Ferreira. **Os infames da história: a instituição das deficiências no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: http://ppg.psi.puc-rio.br/uploads/uploads/1969-12-31/1997_ec832c74e0ffb862bb005ca9afe90282.pdf. Acesso em: 10 dez. 2022.

LOBO, Lilia Ferreira. **Os infames da História: pobres, escravos e deficientes no Brasil**. Rio de Janeiro: Lamparina / FAPERJ, 2008. 451p.

MACHADO, Ralph; DOEDERLEIN, Natalia. **Proposta retira vadiagem da Lei de Contravenções Penais**. Agência Câmara de Notícias, 27 de Jan. 2022. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/845847-proposta-retira-vadiagem-da-lei-de-contravencoes-penais/>. Acesso em: 18 jun. 2023.

MÃO da limpeza. Intérprete: Gilberto Gil. Compositor: Gilberto Gil. *In: Raça Humana*. Intérprete: Gilberto Silva. Rio de Janeiro: Warner Music Brasil, 1984.

MARQUES, Camilla Fernandes et al. O que significa o desmonte? Desmonte do que e para quem? **Psicol., Ciênc. Prof.** Brasília, v. 39 (n.spe 2.), e225552, 6-18, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/yvzyGKxGGDD55sqrmXBBpDF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 dez. 2022.

MBEMBE, Achille. **Crítica da razão negra**. Lisboa: Editora Antígona, 2014.

MOREIRA, Alexandre Magno Fernandes. **O fim da contravenção de mendicância**. Jus.com.br. 26 jul. 2009. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/13206/o-fim-da-contravencao-de-mendicancia>. Acesso em: 18 jun. 2023.

MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA. **Conhecer para lutar. Cartilha para formação política**. [S.l.], 2010. Disponível em: https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/MNPR_Cartilha_Direitos_Conhecer_para_lutar.pdf. Acesso em: 18 jun. 2023.

MOVIMENTO nacional de meninos e meninas de rua. **Psicol. cienc. prof.** 8 (1), 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98931988000100007>. Acesso em: 11 jun. 2023.

NASCIMENTO, Emerson Oliveira; COLOMBO, Lucileia Aparecida. Fazer viver e deixar morrer: os mecanismos de gestão das desigualdades em tempos de pandemia. **Rev. psicol. polít.** [online]. 2021, vol.21, n.51, pp. 478-490. ISSN 2175-1390. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1519-549X2021000200013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 mar. 2023.

NONATO, Domingos do Nascimento; RAIOL, Raimundo Wilson Gama. PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA E VIOLÊNCIA: Entrelaçados em Nome da Suposta Garantia de Segurança Pública. **DIREITO EM DEBATE. Revisa do departamento de ciências jurídicas e sociais da UNIJUI**. Ano XXVII nº 49, jan.-jun. 2018 – ISSN 2176-6622. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2176-6622.2018.49.90-116>. Acesso em: 11 nov. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**. v. 12, p. 109-114, 2010. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33772/32575>. Acesso em: 15 mai. 2023.

PÉREZ-NEBRA, Amalia Raquel; JESUS, Jaqueline Gomes. Preconceito, estereótipo e discriminação. In: TORRES, Cláudio Vaz; NEIVA, Elaine Rabelo. (orgs.). **Psicologia social: principais temas e vertentes**. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PERNAMBUCO. Secretaria de Políticas de Prevenção à Violência e às Drogas. **Edital de chamamento público para termo de colaboração. Processo Nº 008/2020.** Pernambuco: Secretaria de políticas de prevenção à violência e às drogas, 2020. Disponível em: https://www.prevencao.pe.gov.br/images/licitacoes/2020/Edital___Programa_Atitude_versao_final_site_SPVD_07.07.pdf. Acesso em: 05 mai. 2022.

PERNAMBUCO. Secretaria Executiva de Assistência Social. Coordenação Geral de Planejamento e Vigilância Socioassistencial. **Boletim Informativo n. 003/2019. Vigilância Socioassistencial - 30 de setembro de 2019.** Disponível em: <https://www.sigas.pe.gov.br/files/10142019063342-boletim.informativo.no.03.2019.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2023.

ROSALIND, Gill. Análise de discurso. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático.** 7. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2008. p. 244-270.

ROSÁRIO, Ângela Buciano do Rosário. A insegurança Social. **Mental**, ano II, n. 4, Barbacena, jun. 2005. p. 185-187. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v3n4/v3n4a15.pdf>. Acesso em: 15 set. 2023.

SANTOS, Juliano Batista dos. **Errantes Urbanos: Funções corporais e táticas de sobrevivência dos moradores de rua em Cuiabá.** Tese (Doutorado em Estudos de Cultura Contemporânea) - Faculdade de Comunicação e Artes da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá/MT, 2019. Disponível em: https://ri.ufmt.br/bitstream/1/1962/1/TESE_2019_Juliano%20Batista%20dos%20Santos.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023.

SCHUCMAN, Lia Vainer; SILVA, Iolete Ribeiro da. Branquitude. In: Conselho Federal de Psicologia. Comissão de Direitos Humanos (Org.). **Psicologia brasileira na luta antirracista.** volume 1. ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2022, v. 1, p. 32-47.

SERPA, Virginia; VIRGINIA, Clara; CAVALCANTE, Sylvia. Assistência social pública brasileira: uma política da autonomia - um dispositivo biopolítico. **Rev. Subj.** [online]. 2015, vol.15, n.3, pp. 428-437. ISSN 2359-0769. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2359-07692015000300011. Acesso em: 24 maio. 2022.

SILVA, Claudia Neves da. Igreja católica, assistência social e caridade: aproximações e divergências. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 15, jan/jun 2006, p. 326-351. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/MZvwXR7sPmBmDbr3kqZ8BG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 out. 2022.

SILVA, João Carlos Carvalho. **A prisão como instituição paradigmática da sociedade de controle.** Jus.com.br. 26 fev. 2009. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/12354/a-prisao-como-instituicao-paradigmatica-da-sociedade-de-controle/2>. Acesso em: 01 jan. 2023.

SILVA, Matheus Rios Santos *et al.* População em situação de rua: das marquises para a luta. In: BÖSEHEMEIER, Ana Gretel Echazú et al. (Orgs.). **Pontes e Ruas de pluralidade epistêmica: relatos, etnografias e traduções no enfrentamento à COVID-19 com comunidades e movimentos sociais.** Mossoró, RN: Edições UERN. Àporo Editorial, 2022. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/86280255/Boas_Praticas_Livro1-

libre.pdf?1653211875=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPontes_e_Ruas_de_Pluralidade_Epistemica.pdf&Expires=1687147922&Signature=gAACFTmJBZy8EXdjVOR0Vf1m61QTYkhMlZ7ENeFOTZafq-t2vWumAlLk-PuUDMU26zX2svAlM6RuEPTgmk-NJ-tK7q6t3WeMgd16qbSbVEYmD2kSV2Ushksqs61rtWtJ0Mdc32Rg7Uufr2Qm4Icc0wldLGS OaopIyDYwIlFX1UAC6YM60RtoSVKw6uESB3FdVobsiYVU2o4Gw1t1nnEv1qfpH-x9sei3kbGVvbxkJIuko~qgrSipgL2oK~mHLOhiD5gd~ilWPmj87fX~G~twjbAkIp~8jM3oZX Cw3NL7hbI3wv44FWkK8mQkwpfhSpYcFi3lM4-h5ERSDAPcCc0ng__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA#page=61. Acesso em: 02 mai. 2023.

SILVA, Tatiana Dias; NATALINO, Marco; PINHEIRO, Marina Brito. Medidas emergenciais para a população em situação de rua: enfrentamento da pandemia e seus efeitos. **Boletim de Análise Político-Institucional**, n. 25, Fev. 2021. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10495/1/bapi_25_MedidasEmergPopRua.pdf. Acesso em: 28 jan. 2023.

SILVA, Wanderson Vilton Nunes da Silva. **Entre ruas que subjetivam, registros do governo da vida e da morte na cidade**. Entre ruas que subjetivam, registros do governo da vida e da morte na cidade. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2013.

SILVA, Wanderson Nunes; HÜNING, Simone. Dispositivo das drogas e governo da vida. Artigos • **Psicol. Soc.** 29 • 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i31525>. Acesso em: 13 jan. 2023.

SILVIO, Almeida. **Racismo estrutural**. Feminismos plurais. Coordenação Djamila Ribeiro. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

SPINK, Peter Kevin; RAMOS, Ana Marcia Fornaziero. Rede socioassistencial do SUAS: configurações e desafios. **O Social em Questão**, vol. 19, núm. 36, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5522/552264396013/552264396013.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2023.

SPINK, Peter Kevin; RIBEIRO, Maria Auxiliadora Ribeiro; CONEJO, Simone Peixoto; SOUZA, Eliete de. Documentos de domínio público e a produção de informações. In: SPINK, Mary Jane Paris et al. (Org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014, p. 247-272. Disponível em: https://www.academia.edu/36704679/A_produ%C3%A7%C3%A3o_de_informa%C3%A7%C3%A3o_na_pesquisa_social_compartilhando_ferramentas. Acesso em: 05 mai. 2022.

TEIXEIRA, Mirna Barros Teixeira et al. **Saúde debate**, 43 (spe7), 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S707>. Acesso em: 28 dez. 2021.
VALE, Aléxa Rodrigues do; VECCHIA, Marcelo Dalla. “UPA é nós aqui mesmo”: as redes de apoio social no cuidado à saúde da população em situação de rua em um município de pequeno porte. **Saúde Soc.** São Paulo, v.28, n.1, p.222-234, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QsmP76RhC9zQ9fPcWytD9Ln/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 22. Jan. 2022.

VANDRESEN, Daniel Salésio. **O discurso na arqueologia e genealogia de Michel**

Foucault. [S.l.], 2010. Disponível em:
http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/FILOSOFIA/Artigos/Daniel_Salesio_Vandresen.pdf. Acesso em: 23 nov. 2022.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault e a educação**. 2. ed. 1ª reimp. Coleção: Pensadores e educação. Belo Horizonte, MG: Editora Autêntica, 2003.

VEIGA-NETO, Alfredo. Quando a inclusão pode ser uma forma de exclusão. In: Machado, Adriana Marcondes et al. (Orgs.). **Psicologia e direitos humanos**: escola inclusiva: direitos humanos na escola. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 55-70.

**ANEXO A – LINKS DE ACESSO AOS DOCUMENTOS PÚBLICOS UTILIZADOS
NA PESQUISA**

DOCUMENTO		AN O	LINK
1	Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua.	2012	http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf
2	Saúde da população em situação de rua: uma questão de equidade.	2013	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/saude_populacao_situacao_rua.pdf
3	Saúde da população em situação de rua: um direito humano.	2014	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf
4	Cuidar bem da saúde de todos. Faz bem para a População em situação de rua. Faz bem para o Brasil.	2015	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/cuidar_bem_saude_todos.pdf
5	Síntese de evidências para políticas de saúde. Adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua.	2016	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_adesao_tuberculose.pdf
6	Prevenção ao Covid-19 no âmbito das equipes de consultórios na rua.	2020	https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087356/portal-una-sus-prevencao-ao-covid-19-no-ambito-das-equipes-de-_r409ByR.pdf

ANEXO B – CAPA - Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua



ANEXO C – CAPA – Saúde da População em Situação de Rua - Uma questão de equidade



ANEXO D – CAPA – Saúde da População em Situação de Rua: Um direito Humano

ANEXO E – CAPA – Cuidar bem da saúde da população em rua. Faz bem para os brasileiros. Faz bem para o Brasil

136
www.saude.gov.br

CUIDAR BEM DA SAÚDE
DE TODOS. FAZ BEM PARA A
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.
FAZ BEM PARA O BRASIL.

SUS

A População em Situação de Rua tem direito à saúde integral, humanizada e de qualidade no SUS. O atendimento é de graça e deve ocorrer independentemente da roupa, do uso de álcool ou outras drogas, das condições de higiene ou da falta de documentação.
Saiba mais em: www.saude.gov.br/poprua

Thiago, 28 anos.
Está em situação de rua.

David, 29 anos.
Está em situação de rua.

Mary, 56 anos.
Está em situação de rua.

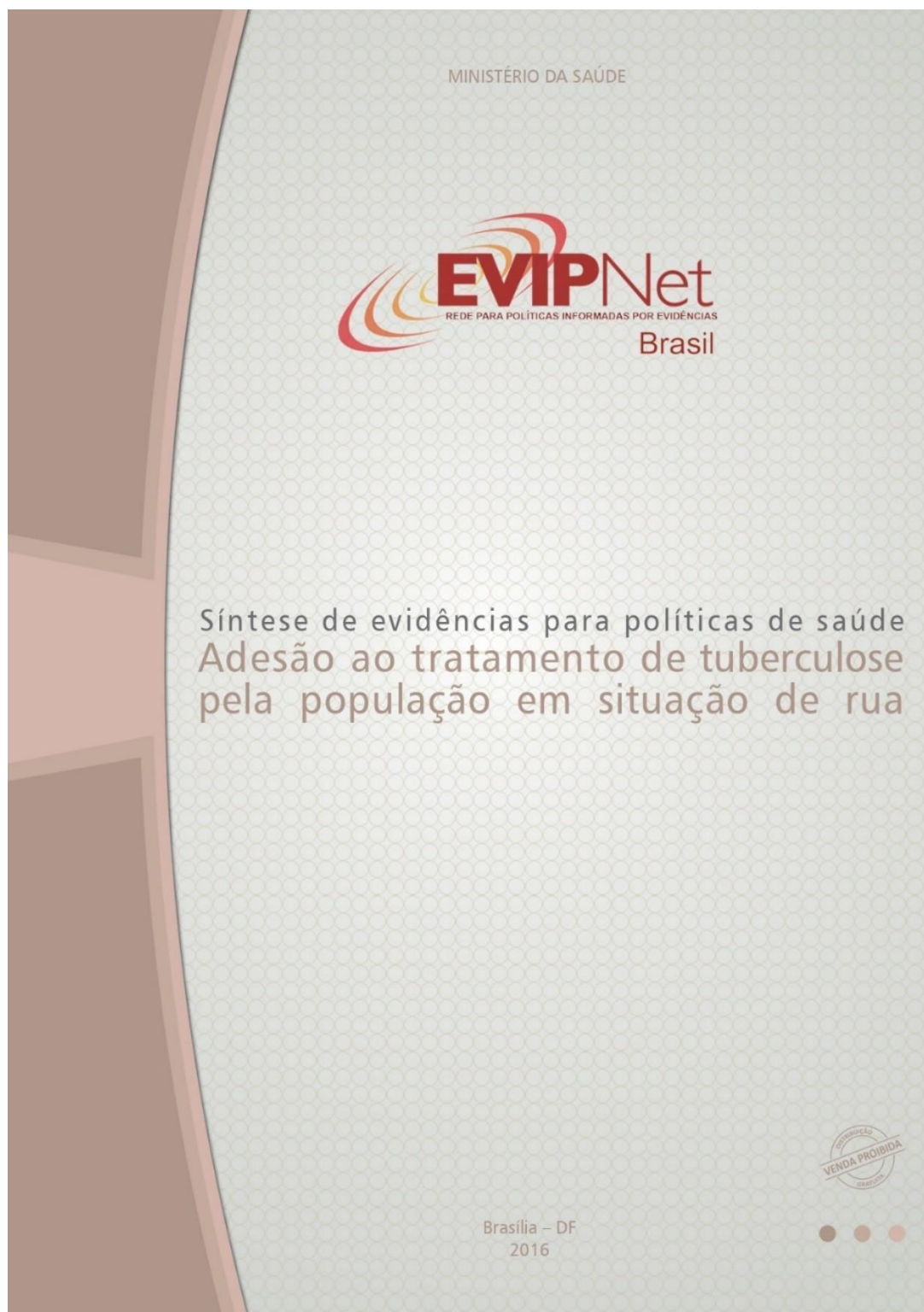
É o Governo Federal trabalhando para o Brasil vencer.

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA

15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
www.conferenciasaude15.org.br

Secretaria de Direitos Humanos
Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
Ministério da Saúde

ANEXO F – CAPA – Síntese de evidências para políticas de saúde – Adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua



**ANEXO G – CAPA – Prevenção ao Covid-19 no âmbito das equipes de consultórios na
rua**

