

## Pistas genealógicas de um Consultório na Rua: criminalização e assimilação

Genealogical clues from a Street Clinic: criminalization and assimilation

Pistas genealógicas de un Consultorio em la Calle: criminalización y asimilación

*Maira Sayuri Sakay Bortoletto*<sup>1,a</sup>

[mairuska@gmail.com](mailto:mairuska@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0002-7458-389X>

*Luiz Gustavo Duarte*<sup>2,a</sup>

[lgduarte@proton.me](mailto:lgduarte@proton.me) | <https://orcid.org/0000-0003-3196-5174>

*Rossana Staevie Baduy*<sup>1,b</sup>

[robaduy@gmail.com](mailto:robaduy@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0003-4914-653X>

*Alberto Durán González*<sup>1,a</sup>

[betoduran80@gmail.com](mailto:betoduran80@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0002-4203-9400>

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva. Londrina, PR, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Londrina, PR, Brasil.

<sup>a</sup> Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina.

<sup>b</sup> Doutorado em Medicina (Clínica Médica) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

### RESUMO

Este artigo, por meio de aproximação genealógica, buscou investigar o que chamaremos de pistas genealógicas do equipamento Consultório na Rua em município de médio porte no Sul do Brasil. Para o percurso da pesquisa, junto a uma vivência em um Consultório na Rua, nesse município do país, foram realizadas entrevistas e levantamentos de documentos. Na investigação foi possível encontrar pistas que apontam para uma produção de criminalização e assimilação histórica dos viventes da rua pelo Estado brasileiro, de maneira que esses pontos precisam ser discutidos e problematizados para que tais regimes de verdade não sejam norteadores das políticas públicas para tais pessoas.

**Palavras-chave:** Genealogia; Pessoa em situação de rua; Consultório na Rua; Políticas de saúde, Atenção

primária à saúde.

## ABSTRACT

This article, employing a genealogical approach, aimed to examine the genealogical traces of the Street Clinic equipment in a medium-sized city in Brazil's southern region. In order to follow the path of the research, along with an experience in a Street Clinic in a Brazilian city, interviews and document surveys were conducted. In the investigation, it was possible to find elements of the production of criminalization and historical assimilation by the Brazilian State that need to be discussed and problematized so that such regimes of truth are not guiding the production of health care for people experiencing homelessness.

**Keywords:** Genealogy; Homelessness; Clinic at the Street; Health policies; Primary health care.

## RESUMEN

Este artículo, a través de un abordaje genealógico, buscó investigar pistas genealógicas del Consultorio en la Calle en una ciudad de tamaño medio en el sur de Brasil. Para el transcurso de la investigación, junto con una experiencia en un Consultorio en la Calle en un municipio de tamaño medio en el sur de Brasil, se efectuaron entrevistas y encuestas documentales. En la investigación, fue posible encontrar pistas que apuntan a una producción de criminalización y asimilación histórica de las personas en situación de calle por parte del Estado brasileño, por lo que estos puntos necesitan ser discutidos y problematizados para que tales regímenes de verdad no guíen políticas públicas para dicha población.

**Palabras clave:** Genealogía; Personas en situación de calle; Consultorio en la Calle; Políticas de salud; Asistencia primaria de salud.

---

## INFORMAÇÕES DO ARTIGO

### Contribuição dos autores:

Concepção e desenho do estudo: Maira Sayuri Sakay Bortoletto, Luiz Gustavo Duarte.

Aquisição dos dados: Luiz Gustavo Duarte, Maira Sayuri Sakay Bortoletto.

Análise dos dados: Maira Sayuri Sakay Bortoletto, Luiz Gustavo Duarte, Rossana Staevie Baduy.

Interpretação dos dados: Maira Sayuri Sakay Bortoletto, Luiz Gustavo Duarte, Rossana Staevie Baduy, Alberto Durán González.

Todos os autores são responsáveis pela redação e revisão crítica do conteúdo intelectual do texto, pela versão final publicada e por todos os aspectos legais e científicos relacionados à exatidão e à integridade do estudo.

**Declaração de conflito de interesses:** não há.

**Fontes de financiamento:** Apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) por meio de bolsa estudantil.

**Considerações éticas:** O artigo inédito seguiu todos os rigores éticos preconizados pela Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, incluindo parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE 97495718.6.0000.5231.

**Agradecimentos/Contribuições adicionais:** não há.

**Histórico do artigo:** submetido: 31 maio 2023 | aceito: 18 fev. 2024 | publicado: 4 jun. 2024.

**Apresentação anterior:** não houve.

**Licença CC BY-NC atribuição não comercial.** Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Reciis. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

## INTRODUÇÃO

Em 2009, foi implementada a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), que, além de definir quem são as pessoas consideradas pela política, buscou estabelecer formas de assegurar o acesso aos cuidados à saúde, aos serviços de assistência, ao serviço de albergamento, entre outros direitos. No entanto, o grande desafio posto para essa política foi, e ainda é, a sua implantação como uma política intersetorial (assistência, saúde, habitação e trabalho) (Brasil, 2009). A complexidade do cuidado às pessoas que vivem na rua, somado ao ineditismo na articulação dessas políticas, foi um grande desafio para o atendimento às demandas das pessoas que vivem na rua.

Após três anos da publicação da PNPSR, na política de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) se instituiu o Consultório na Rua (CnaR), pela portaria da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e pelas portarias 122 e 123, em 2011, do Ministério da Saúde (Brasil, 2011a; 2011b; 2012)<sup>1</sup>. Esse equipamento da saúde é abarcado pela Atenção Básica (AB), na busca de garantir o cuidado às populações que vivem na rua pela rede do SUS. Cada equipe é composta por profissionais de diversas áreas e apresenta, em sua maioria, uma forma de trabalho no modo itinerante, ao compartilhar suas ações de cuidado com outros serviços da rede de atenção à saúde do território (Brasil, 2021). Vale destacar que antes do CnaR as ações direcionadas à população em situação de rua ou não eram ofertadas, ou tinham dificuldades de ser implementadas pelo SUS.

Muitos foram os avanços obtidos para o cuidado às pessoas que vivem nas ruas. No entanto, a superação da articulação dos diversos setores relacionados a esse cuidado complexo, bem como a presença de preconceitos, impõe desafios na construção desse cuidado, seja no espaço relacional do cuidado, seja na disputa para a efetivação da política na realidade dos serviços de saúde (Andrade *et al.*, 2022; Silva; Cruz; Vargas, 2015).

Dessa maneira, pode-se afirmar que ocorreram avanços no acesso ao cuidado dessa população, embora ainda haja muito a se caminhar na compreensão social e histórica dos fatores que interferem diretamente nas práticas de cuidado e nas ações que impeçam essas pessoas de serem esquecidas ou invisibilizadas.

Na busca por compreender e dar visibilidade às forças operantes ao cuidado com as pessoas que vivem na rua, este estudo qualitativo buscou investigar o que chamaremos de pistas genealógicas do equipamento Consultório na Rua num município de médio porte no Sul do país.

## ESCOLHA PELAS ESTRATÉGIAS NO CAMINHO DAS PISTAS GENEALÓGICAS

Este artigo é parte de um estudo inserido em um projeto mais abrangente intitulado “Análise dos novos movimentos sociais e a produção de saúde na periferia da região metropolitana de Londrina (PR)” e vinculado ao grupo de pesquisa Observatório microvetorial de políticas públicas e educação em saúde UEL/Londrina. Ao longo do período de pesquisa, empregaram-se diversas estratégias na busca por pistas genealógicas, visando possibilitar uma análise substancial e uma discussão aprofundada sobre o tema em questão.

Para tal proposta de produção de conhecimento, utilizou-se como fio condutor o desenvolvimento da genealogia desenvolvida por Nietzsche (2009) no final do século XIX. Em um questionamento ao modelo científico hegemônico da época, Nietzsche refletiu sobre como as relações de emergência de determinados valores estão encharcadas de disputas entre forças que não refletem o valor da crença final, mas mesmo assim fazem parte da emergência desses valores. Assim, não se vislumbra a história como algo dotado de sentido prévio, já destinada à determinada finalidade, mas, sim, se almeja a busca por uma marcação de singularidades dos acontecimentos, na qual se pensa o passado somente após se pensar o presente, não excluindo a posição do pesquisador frente ao que é investigado.

<sup>1</sup> Há uma incongruência nas datas no Diário Oficial da União. Apesar de a Portaria 122 ter o nome de “Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011”, sua data de publicação foi em 2012, o que pode ser confirmado pela data de assinatura do diário. Este ponto é de importante destaque, pois há uma série de publicações, oficiais e acadêmicas, que consideram a portaria como sendo de 2011.

Outro autor que se debruçou sobre a genealogia foi Michel Foucault (2014, 2021), o qual reconhecia essa investigação como uma busca para compreender as produções de regimes de verdades, entendendo que, por meio de uma disputa entre campos de forças valorativas, determinadas verdades são construídas, e outras simplesmente desaparecem. É nesse processo que ocorrem a construção de verdades e o registro delas nos corpos, de modo que haja uma sobreposição às instituições valorativas, que até então estavam estabelecidas, como resultado dessas disputas entre os campos de forças.

Essa compreensão de genealogia, que considera a posição do próprio investigador, se conecta com o conceito de pesquisador “in-mundo”, o qual não está ali como um sujeito neutro perante o objeto investigado, mas, sim, sempre se “sujando” em meio aos encontros, partindo de um *a priori* que considera a sua interferência e afetação pelo próprio processo da pesquisa. Nesse caminhar, o pesquisador, que aqui chamamos de investigador “in-mundo”, vai sendo borrado com a realidade na qual se insere, emaranhando-se, misturando-se e se afetando (Abrahão *et al.*, 2013).

Para o investigador, é necessário utilizar uma caixa de ferramentas que possibilite dar visibilidade e aproximação às forças que operaram/operam no CnaR. Nessa caixa de ferramentas, para que a investigação se desenrolasse, foram empregadas várias estratégias de aproximação com a genealogia do CnaR. Tal caixa de ferramentas é entendida, aqui, pela interpretação de usos metodológicos, epistemológicos e conceituais que “sirvam” na pesquisa, na medida em que o pesquisador reconhece sua interferência e opera numa montagem e desmontagem de métodos disponíveis, de acordo com sua proposta (Moebus; Merhy; Silva, 2016).

Antes de descrever as estratégias, gostaríamos de reforçar que o caminhar da pesquisa só se iniciou após o parecer positivo do Comitê de Ética em Pesquisa (CAEE 97495718.6.0000.5231), tendo se iniciado em novembro de 2018 e tido duração de vivência de campo até novembro de 2019.

Para o levantamento das pistas genealógicas, o caminhar da pesquisa teve início com uma investigação documental. Esse momento da investigação se deu por um levantamento de artigos científicos, notícias, portarias, atas de reuniões e documentos produzidos nos conselhos de saúde, sejam municipais, estaduais ou mesmo nacional. Buscou-se, dessa forma, saber sobre o CnaR, sua implantação e como esse dispositivo era mencionado em outros períodos, levantando, assim, para nossa pesquisa, informações que dessem subsídios para compreender por quais caminhos e documentos legitimadores tal discussão foi conduzida. Dessa forma, foi possível se obter um ponto de apoio comparativo, que se deu mediante as reportagens, as matérias de jornais, impressos ou audiovisuais, que abordassem tal questão.

Nesse processo investigativo, houve a busca para estabelecer os regimes de verdade operantes sobre o CnaR, à medida que essa trajetória permitia aos autores deste trabalho ir se aprofundando no conhecimento sobre esse dispositivo. Foi necessária a realização de levantamento de documentos, publicações oficiais do Estado, relatórios, reportagens, publicações em periódicos sobre o CnaR no município em questão, de modo que o caminhar realizado foi similar ao de outro estudo genealógico (Gonçalves, 2016).

Somando-se ao processo supracitado, outra estratégia implementada para a identificação dos campos de forças foi conhecer as narrativas de pessoas que se esforçaram pela implementação do CnaR. Realizaram-se, então, entrevistas com sujeitos que vivenciaram o processo inicial de implementação desses consultórios itinerantes. A identificação inicial das pessoas a serem entrevistadas se deu pelo reconhecimento de nomes nos documentos oficiais das secretarias de assistência social e de saúde. A partir dessas identificações, foram realizadas entrevistas com os atores mais envolvidos no processo de implantação e funcionamento do CnaR no município. Quatro pessoas aceitaram fazer as entrevistas. Após essa etapa, as entrevistas foram transcritas na íntegra, e todo o material gravado foi destruído, após as transcrições.

Outra estratégia que pediu passagem no desenrolar do estudo foi um dos pesquisadores realizar vivência com o CnaR do município e produzir registros, num diário cartográfico, que entraram como elementos no processamento do campo com o grupo de pesquisa (Slomp Junior *et al.*, 2020). À medida que a vivência no campo

foi se desenvolvendo, e as pessoas percebendo o interesse dos pesquisadores no conhecimento do CnaR, o pesquisador em campo foi convidado a participar do Comitê Intersectorial da Política Municipal para a População em Situação de Rua (Comitê PopRua). Após essa inserção, ao acompanhar as reuniões, o pesquisador pôde vivenciar em ato algumas tensões que antes só eram percebidas como um campo de tensão nos documentos, mas que, na verdade, estavam muito ativas entre os atores envolvidos no cuidado dessa população.

A partir dos afetamentos e das interferências de fluxos e disputas que foram sendo vivenciadas nesse caminhar da pesquisa, buscou-se desemaranhar os fios dos campos de forças percebidos. A estratégia utilizada pelo grupo para dar voz e para construir uma sistematização desses fios foi o processamento das informações e dos efeitos, realizado pelo próprio grupo de pesquisa, buscando evidenciar os regimes de verdade e os campos de forças que podiam ser aprofundados.

Essa multiplicidade de ferramentas adotadas foi se fazendo necessária à medida que os corpos dos pesquisadores foram sendo agenciados, no transcorrer dessa aposta na investigação genealógica. Land (2016) cita que em tal investigação não se busca uma análise da história já contada, nem mesmo os nexos causais, mas, sim, os elementos de disputas de poder que se emaranharam ao longo do tempo e emergem em um encadeamento de cenas que não pode ser explicado por elementos ontológicos.

No caso do presente artigo, a procura das pistas genealógicas em elementos históricos auxiliou na compreensão da produção de regimes de verdade, percebidos nas outras formas de vivência no campo (entrevista, pesquisa participante e diário cartográfico). Assim, a discussão se desenrolará por um percurso que expõe os regimes percebidos e vivenciados.

## **OS “VADIOS” COMO REGIME DE VERDADE: SEU SURGIMENTO EM UMA NOVA RAZÃO DE GOVERNO NA REPÚBLICA**

Conforme as investigações e vivências se desenvolviam, o confronto com inúmeros pontos de vista, ideias e práticas tornou-se inevitável. Isso abriu caminhos para diversas possibilidades de análise e aprofundamentos, mas também mostrou que poderia embrumar a visão do pesquisador inserido na busca. A pesquisa seguiu a rotina do CnaR, acompanhando atendimentos, conversas e visitas. Percebeu-se que, em alguns casos, questões críticas surgiam, envolvendo complexidades como guarda de crianças, judicializações e recusas de atendimentos em serviços públicos.

Tais situações não somente produziram desconfortos como também instigaram a problematização sobre como tais forças circulavam na produção social, especialmente para pessoas em situação de rua. Os questionamentos a respeito das relações de forças emaranhadas emergiam e produziam as condições que possibilitavam a emergência desse serviço. A escolha do caminho se deu na investigação, a partir de um fio condutor “in-mundo” pelas afetações do pesquisador, visando desfazer essa nuvem de valores e regimes de verdade. Desse modo, optou-se por uma discussão acerca das principais pistas genealógicas investigadas, para, então, apresentar a emergência do CnaR.

O caminho adotado requer uma localização conceitual de alguns termos abordados. O Estado, aqui, não é compreendido como um ente monolítico transcendente com universais pressupostos, mas conforme a elaboração de Foucault, segundo o qual “o Estado só existe como os Estados, no plural” (Foucault, 2008, p. 7). Ou seja, trata-se de uma invenção com especificidades, discontinuidades e, como citado, pluralidades. Nessa condição de um Estado não ontológico, o que se interroga é como as racionalizações das práticas de governo agiram e agem na produção e na limitação do próprio Estado, visto que essas racionalizações do governo criam conjuntos de práticas que produzem modos de viver que emergem, decorrentes de disputas de regimes de verdade.

Outro conceito importante para a discussão está no entendimento do que é população, o que será discutido ao longo do artigo. Conforme Foucault (2019), o problema da população emerge com a ciência do

governo e com o deslocamento da economia, que até o século XVII era centrada na família. É a introdução do conceito de população que permite centralizar a economia em outra coisa que não seja a família e que a estatística saia do funcionamento interiorizado no modelo de governo como soberano e apresente problemas justificados pelo conceito de população, tais como as epidemias, a mortalidade e a natalidade.

É a partir desse período que a família passa a ser entendida como interior a uma população. Ela se torna um instrumento privilegiado (na qual se podem analisar comportamentos, consumo, demografia) para o controle. A população se torna o objetivo final do governo, visando aumentar, por exemplo, riqueza, expectativa de vida e condições de saúde, ou diminuir a mortalidade. É em torno desse objeto chamado população que o governo pôde liberar fluxos de modo a produzir uma economia política, bem como a valorização da disciplina para gerir essa população (Foucault, 2019).

Essas elaborações foucaultianas remetem a uma história ocidental e europeia das produções de teorias e governos. É importante ressaltar que o Brasil só deixaria de ser colônia de Portugal no século XIX, e que as questões sobre uma população com relação ao Estado, que discutia os seus limites, não caminhavam, no Brasil, no mesmo passo que caminharam na Europa. Diante disso, a instauração da Primeira República do Brasil emerge como uma singularidade no país, porque, apesar do surgimento de algumas preocupações com o objeto população a partir da chegada da coroa portuguesa em 1808, — tais como a criação de uma polícia e o início de censos —, até a instauração da República, em 1889, o país manteve sua economia fortemente ligada ao modelo colonial.

Na esfera do trabalho, que até 1888 era todo pautado na escravidão, o que se começa a produzir é uma outra exclusão, a daqueles chamados de livres, que contemplavam negros libertos, brancos, indígenas e grupos produzidos dessas miscigenações. Em suma, eram todos os que não estavam na lógica senhorial-escravocrata e seriam chamados de “vadios” (Kowarick, 2009). Contudo, no século XIX, o país reorganiza suas exportações devido a uma necessidade do mercado internacional e inicia, de fato, o processo de implantação do capitalismo, inviabilizando economicamente o trabalho escravo.

Nessa transição houve um aumento no número de pessoas consideradas trabalhadores livres, mas elas não eram consideradas interessantes pelos senhores — era como se não estivessem “aptas” a se inserir novo regime de trabalho assalariado. Os senhores justificavam que os livres não tinham passado pela “escola do trabalho”, gerando, assim, um processo colonial escravocrata duplamente excludente, tanto para o escravo em sua senzala quanto para aqueles que, livres e libertos, eram marginalizados por serem “vadios” (Kowarick, 2019).

Essa tendência, durante a crise no trabalho escravo, objetivava a não utilização da mão de obra que já havia no país, iniciando um movimento de incentivo à imigração para o Brasil, com foco na população empobrecida da Europa. Oferecia um regime de trabalho que visava à espoliação através de uma parceria de endividamento que produzia uma superexploração desses imigrantes. Foi assim que teve início a transição para um regime de trabalho assalariado no país, em um processo de endividamento do trabalhador dentro da propriedade, o que só acentuou a marginalização dos “vadios”, que se tornavam um contingente de pessoas taxadas de “nacionais” e eram consideradas imprestáveis para o trabalho disciplinado (Kowarick, 2019).

Há de se compreender que essas pessoas livres, chamadas de “vadios”, não eram uma massa única reconhecida pelo Estado por suas características culturais ou etnográficas semelhantes, mas, sim, pessoas que compartilhavam uma mesma condição: estavam fora do sistema de produção colonial-escravista. Esse grupo era formado por escravos libertos que vinham sofrendo um processo de apagamento de sua cultura, após virem da África; indígenas que haviam sofrido um genocídio com a invasão portuguesa; e brancos que não eram senhores, mas, sim, filhos de miscigenações. Enfim, não se tratava de um grupo que se reconhecia como tal, mas, sim, pessoas que compartilhavam a mesma condição. Naquele momento, não formavam uma população.

Na Primeira República, a partir de 1889, começa a emergir uma nova governamentalidade de Estado brasileiro, buscando efetivar uma alteração da economia, estabelecer um governo e consolidar uma po-

pulação com uma “identidade nacional”. A Constituição de 1891 refletiu essa disputa, visto que durante a criação desse novo governo estava em pauta o distanciamento do Antigo Regime monárquico. Nessa disputa, duas propostas das elites ganharam espaço: uma liderada pelos liberais, formados por uma oligarquia rural sem preocupação com a industrialização que se desenhava no mundo (o que pode ser visto no próprio Manifesto Republicano de 1870 que não discute o problema da escravidão, por exemplo); e outra liderada pelos positivistas, com ideais opostos, donos de concepções que ecoavam em figuras de militares e de intelectuais, que acreditavam numa “Ditadura Republicana” para solucionar os problemas sociais e políticos do país (Arruda, 2007; Bosi, 2004; Bresciani, 1993). É nesse campo que o regime de verdade, centrado num soberano sob um governo do território, começa a dar lugar às racionalizações do Estado e ao surgimento do objeto população.

Nesse momento de criação da República, buscavam-se uma razão de Estado, com interesses voltados para a formação do país, e também um alinhamento com as mudanças econômicas que estavam ocorrendo no mundo, pensando sobre os próprios limites do Estado e em como se dariam suas regulações e sua inserção na economia política do mundo. É por meio dessas disputas que emergem dispositivos que delimitariam certos regimes de verdade, entendidos, aqui, como uma série de práticas que podem fazer com que o que não existe, como loucura e sexualidade, nos exemplos de Foucault, venha a se tornar uma coisa (Foucault, 2008).

A participação do povo praticamente era inexistente e a cidadania democrática não existia — havia apenas um modelo oligárquico-liberal que não excluía influências positivistas de seus campos de disputa, enquanto militares também ocupavam o governo. Apesar dessas mudanças, mantinha-se a rígida estrutura social na sociedade, que continuava a ser reproduzida nas práticas do governo. As cidades começam a ser reorganizadas, a partir desse momento, especialmente na região centro-sul, tendo os territórios remodelados.

Concomitantemente a tudo isso, há um movimento rumo ao crescimento industrial, ainda tímido em relação aos outros países. Tal crescimento, além de envolver o inchaço que esses locais sofreram, produziu outros movimentos que contornaram as cidades como elas são até hoje. Nas suas hierarquizações e divisões físicas cada vez mais intensas, havia o entendimento de uma relação direta entre a necessidade de modificar as cidades e as ideias de modernidade para o país, ideias essas importadas de países como França, Inglaterra e Estados Unidos da América, sem deixar de lado a busca da construção de uma “identidade nacional” própria (Mota; Lopez, 2016).

## **A BUSCA POR UMA POPULAÇÃO CIVILIZADA**

Durante o fim do século XIX e o início do XX, a população mais pobre da cidade, sem condições para moradia, agrupava-se na periferia ou vivia na rua. Nesse território, a figura do vadio começa a ser inscrita por outros fluxos, já que o vadio começava a se concentrar em um espaço urbano, em um território mediado pela propriedade privada, onde os que não detinham propriedade e habitavam as ruas deviam ser controlados por táticas policiais, visto que eram considerados uma ameaça à ordem social. Apesar de estarem no território, viverem nas cidades, participarem das práticas e dos movimentos culturais do país, tais pessoas não tinham espaço nessa nova governamentalidade, não sendo consideradas cidadãs.

Pela centralidade na venda do seu trabalho e pelo consumo que essa nova governamentalidade capitalista procurou estabelecer, é válido trazer a elaboração de Merhy (2012), que aponta os viventes da rua como anormais do desejo. O que começa a aparecer, então, é a racionalização de determinados modos de vida dentro do Estado, em um desejo que é produzido na sociedade que acabava por refletir a necessidade de consumo e o enquadramento que o Estado precisaria estabelecer, a partir daquele período. Contudo, quando esse desejo não opera nos fluxos estabelecidos, o vadio passa a ser um anormal do desejo, quando visto

pelo Estado, considerado alguém fora da racionalização, motivo pelo qual as ferramentas e os dispositivos do Estado têm dificuldade para assimilar essas pessoas.

É a partir desse período que, com a dificuldade de enquadramento desses “anormais” do desejo, as políticas direcionadas aos vadios, aos mendigos e aos vagabundos se intensificaram na sua relação com a polícia, pautando-se na criminalização dessas pessoas. No Rio de Janeiro, por exemplo, capital do país e cidade considerada um modelo para as outras, houve o endurecimento das práticas de controle contra os vadios que eram encarcerados, tendo em vista que a vadiagem era considerada contravenção — ou eles sofriam internações compulsórias sob a justificativa de serem doentes mentais. A ação do Estado se devia ao medo de os escravos libertos formarem uma grande massa de vadios que, devido ao ócio, poderiam desestabilizar a ordem social idealizada para o Brasil vindouro.

A vadiagem ganha força no discurso como um comportamento a ser corrigido pela coerção policial, a fim de prevenir o ócio desse grupo. Somavam-se a isso os próprios processos de imigração, ocorridos, sobretudo, no início do século XX, de modo que o imigrante vinha para o país e exercia longas jornadas de trabalho. O imigrante, padronizado, é visto como um ideal de trabalhador, marginalizando ainda mais as pessoas que já estavam no país, como os escravos que agora eram livres e eram chamados de “nacionais” (Kowarick, 2009; Rodrigues, 2006).

Além da criminalização, havia uma busca por diferenciação. Havia aqueles que estavam na rua, fora do padrão idealizado, mas que podiam trabalhar; e os que estavam mendigando e não tinham condições para o trabalho — Pessoas com Deficiência, os doentes ou mesmo os que sofriam de transtornos mentais. Para estes restava um tipo de assistência prestada na forma de caridade, como pode ser visto no estudo de Fraga Filho (1994) que encontrou essa diferenciação moral entre mendigos “válidos” (que eram presos) e mendigos “inválidos” (que eram remetidos aos hospitais na Bahia do século XIX). Como demonstra Lopes (2003), apesar de haver outros nomes para designar essas pessoas ou as condições nas quais elas tentavam sobreviver, o Estado interferia na medicalização dessas pessoas “inválidas” e as internava em hospícios.

Apesar de essas pessoas serem objeto das práticas de criminalização e do controle do Estado, com a inclusão dos vadios e dos capoeiras como contraventores no Código Penal de 1890, a produção de dados sobre esse grupo é escassa, mesmo quando consideramos o principal instrumento de levantamento demográfico do período, o censo demográfico. O censo é realizado no país desde o Império, em 1872 (na Primeira República foi realizado em 1890, depois em 1900 e 1920).

Como cita o decreto n. 2.768, de 27 de dezembro de 1897, que readequou a Diretoria Geral de Estatística, entre outros aspectos, esses censos buscavam compreender a demografia por meio de características da população. Contudo, essa população recenseada tinha casa, ou melhor, domicílio. O objetivo era produzir dados para conhecer a demografia orientada pelas chaves família/domicílio, excluindo da contagem as pessoas que não se enquadravam nesses quesitos. Dessa maneira, a população de vadios, andarilhos, entre outros adjetivos, não constava da demografia a ser considerada pelo governo (Brasil, 1897; Cuore; Catanante, 2016; Oliveira; Simões, 2005).

Para o próprio Estado brasileiro, a população era aquela que estava sob a égide da vivência da casa e da família. Já os vadios, mendigos, andarilhos e aqueles que estavam fora da racionalização ameaçavam a ordem social desejada e, portanto, deveriam ser punidos como contraventores, numa tentativa de obrigá-los a trabalhar. Mesmo com a escassez de dados, é possível observar, por exemplo, no estudo de Rodrigues (2006), o perfil das pessoas detidas na Casa de Detenção por vadiagem, entre os anos de 1886 e 1906, no Rio de Janeiro, constituindo esse o principal motivo de detenção, tanto de homens quanto de mulheres, impulsionada pelo fim da escravidão, que levou a um aumento do número de negros livres nas ruas e, por conseguinte, a uma maior repressão policial.

Os que chamados de vadios pelo Estado republicano, eram marginalizados também por conta da reestruturação econômica pela qual o país passava, pelas mudanças incorporadas nas cidades e pela ação dos intelectuais, que reforçavam os ideais científicos em voga. A ciência pregava uma higienização dos locais e iniciava os estudos de como aplicar a eugenia no país. É importante ressaltar que, durante a Era Vargas, o censo passa a ser realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), criado em 1932, contudo os dados levantados ainda partiam da centralidade do domicílio e da família. A criminalização dos vadios se mantinha, algo observável pela manutenção dessa contravenção no Código Penal de 1940 (Brasil, 1940).

A ausência de dados e informações demonstra algo trabalhado por Foucault (2019), para quem a estatística é utilizada pelo Estado numa lógica de controle da vida, na forma de uma biopolítica. Contudo, quando nos voltamos para países colonizados, como o Brasil, de acordo com Mbembe (2016) esse fluxo se expressa numa forma de necropolítica, na qual durante o período colonial a soberania da colônia decidia quem era descartável (“matável”).

Essa dinâmica perversa tem continuidade mesmo após a criação da República, visto que os vadios não eram alvo de interesse do Estado, que sequer os considerava um grupo a ser relevado pela ciência demográfica. Outro ponto importante está na Constituição de 1937, que destacava expressamente a mendicância como condição que impossibilitaria o voto (Brasil, 1937). Assim, as pessoas desse território eram encaradas como uma ameaça à ordem social do país e não mereciam, portanto, serem consideradas na demografia nem na participação cívica — eram os ‘descartáveis’. Dessa maneira, a valoração dos considerados vadios sob uma criminalização ganhava força tanto na repressão policial quanto nas representações de uma identidade nacional ideal para aquela jovem República, na qual esses anormais do desejo e a sua “raça” não teriam lugar.

Ao longo do século XX, essas forças mantiveram uma manutenção de seus fluxos. O país não gozava de estabilidade econômica e política, visto que após a Primeira República e o início dos anos 1930, no Governo Vargas, enfrentou as consequências da Crise de 1929, especialmente no mundo do trabalho. A falência do modelo agroexportador obrigou o país lentamente a iniciar efetivamente sua industrialização, que promovesse a chegada definitiva da cidade industrial, com suas homogeneizações, desterritorializações, provocando imigrações e emigrações para os centros urbanos (Mota; Lopez, 2016; Rolnik, 1995).

Junto à cidade industrial, uma busca mais intensa pela “identidade nacional” acompanhava os movimentos que ocorriam em inúmeras partes do mundo, num enaltecimento de uma identidade ou raça ideais. Representantes da saúde e do Congresso começam a apoiar os fluxos eugênicos, que se veem reforçados pela aprovação de medidas eugênicas de controle nos processos de imigração, nos casamentos e nas questões sanitárias, para prevenir os chamados “vícios de raça”. Era um Estado com sua eugenia latino-americana nas leis, que demonstrava a intencionalidade de controle da “miscigenação” para um aprimoramento da população através da reprodução dos “bons”. Nesse cenário, os vadios, os mendigos, os andarilhos, entre outros, não tinham espaço no futuro do país que se vislumbrava (Stepan, 2005).

Após a Era Vargas, o país seguiu por um republicanismo que teve marcas de um impulso no crescimento urbano, assumindo uma postura desenvolvimentista, especialmente, entre as décadas de 1950 e 1960. Houve uma forte marca do êxodo rural e da interiorização, que culminariam na fundação da nova capital — Brasília — como grande referência dessas marcas (Botega, 2007). A construção da nova capital mostra que uma força governante de Estado ainda buscava uma “modernização” do país.

O crescimento da cidade industrial, o inchaço das áreas urbanas e o êxodo provocados pelo modelo de economia voltada ao centro-sul ocorreram juntamente ao período da Ditadura Militar que se instalou em 1964, reforçando o nacionalismo. Foi um período de busca de inimigos internos e de “moralização” da sociedade brasileira (Risério, 2012). Há de se perceber que tais regimes de verdade, citados anteriormente, como a criminalização dos “vadios”, não deixaram de valorar as práticas de governo, visto que os viventes da rua ainda tinham a criminalização como a ação principal do Estado contra si.

A redemocratização do país só ocorreria na década de 1980, sem a presença de dados, informações ou mesmo algum reconhecimento de quem fazia parte desse contingente de pessoas criminalizadas, ao longo do século. A necessidade de criminalizar e invisibilizar esses viventes caminhou, por grande parte do tempo, junto à construção do cidadão brasileiro ideal, o que se demonstra no contraste interno, no crescimento e no inchaço das cidades, onde se viu uma homogeneização da “população” do Estado sobre a racionalidade da moradia.

Ao mesmo tempo, as práticas governamentais voltadas aos viventes da rua pautavam-se em ações de criminalização e de controle desses considerados anormais do desejo, de modo que a biopolítica se distancia do controle sobre a vida e se aproxima da elaboração da necropolítica, pois o Estado de exceção já se apresentava em relação a esses viventes, ao apontá-los como inimigos (Mbembe, 2016).

## DA EUGENIA À NECESSIDADE DA ASSIMILAÇÃO

No início do século XX, as práticas do governo para com aqueles considerados vadios, com “vícios de raça” e potencialmente perigosos para a ordem social, tinham um direcionamento das forças táticas do Estado para a repressão e a criminalização. Tais práticas se desenrolavam num território que estava sendo alterado pela industrialização do país, no qual novas cidades se conformavam, terrenos se alteravam, inchavam e produziam segregações físicas. Junto a esse movimento, outra situação começa a surgir no país que produzirá novos regimes de verdade que atuarão na emergência — o que viria a ser o CnaR.

Ao longo do que foi exposto nas disputas que ocorriam na Primeira República, a força eugênica se insere na ciência da época propondo ações e disputando espaços com os congressistas e a igreja católica, por exemplo, no modo de como os corpos deveriam ser controlados pelo governo. Há de se ter em mente que a eugenia no início do século XX era uma ciência discutida em congressos e círculos científicos pelo mundo, apresentando-se de diferentes modos.

Segundo Stepan (2005), no Brasil (como na América Latina, com algumas diferenças em definições, sentidos e práticas), a ciência da época assinala seu lugar de bastião. Desde o início do século XX, a ciência hegemônica brasileira tem fortes influências francesas e se apresentava ainda lamarckiana — proposta por Jean-Baptiste Lamarck, compreendia que fatores ambientais poderiam determinar alterações na hereditariedade, ou seja, uma herança de caracteres adquiridos. Contudo, nesta época já havia discussões pelo mundo que consideravam a teoria proposta por Gregor Mendel sobre — características herdadas mediante unidades discretas passadas de pais para filhos de uma maneira previsível — como a mais correta, sendo inclusive a base para genética moderna. A eugenia que estava sendo desenvolvida nos Estados Unidos e Alemanha, por estar pautada em princípios mendelianos de hereditariedade, direcionavam-se para práticas que visavam interromper a linhagem em si, ao invés de direcionar os esforços para alteração de práticas sociais.

Apesar de a teoria lamarckiana estar defasada no mundo, no Brasil, ela perdurou em círculos acadêmicos até o fim dos anos 1940, relacionando-se intrinsecamente com o campo da saúde. Havia uma busca de qualificação e instauração desse novo governo que surgira, aliado à busca de uma identidade nacional, de uma raça ideal, sem vadios, pautada em ordem e progresso. Stepan aponta que: “[...] por causa da eugenia, gênero e raça ficaram ligados à política de identidade nacional” (2005, p. 117). Isso porque muitas das práticas realizadas pelo governo atingiam ideais eugenistas promovidos no país da época, direta ou indiretamente. As próprias políticas sanitárias higiênicas, propostas no início do século XX, estavam pautadas num ambientalismo sanitário na qual a “limpeza” das cidades atuava como uma própria atualização de ações como as de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, de maneira que “[...] a eugenia tornara-se uma metáfora para a própria saúde” (Stepan, 2005, p. 99).

Ao unir eugenia e ambientalismo, muitas ações médico-sanitárias ocorriam com foco no combate a elementos que poderiam “enfraquecer” a raça do brasileiro e, por conseguinte, a identidade nacional e a

ordem que se almejava. O que seria combatido eram os “venenos raciais”, que incluíam as más condições de vida, a fadiga do trabalho e o alcoolismo (Stepan, 2005). O objetivo dessa força eugênica era melhorar a raça brasileira, com foco em campanhas antialcoolismo. Os eugenistas consideravam o consumo contínuo de bebidas alcoólicas um potencial provocador de defeitos na hereditariedade, contando com o apoio, por exemplo, da Liga Brasileira de Higiene Mental, que havia colocado os efeitos do álcool na hereditariedade como ponto central de suas preocupações. Assim, o controle das drogas, sob uma ação eugênica-sanitária, ganha espaço na produção de regimes de verdade, atingindo não somente as práticas, mas também a valoração sob o consumo dessa droga.

É importante ressaltar que a criminalização das drogas no país tem um longo caminho que não contempla somente a emergência eugênica. Contudo, aqui, destaca-se esse ponto, visto que ele parece inaugurar na prática do governo uma junção entre o sanitarismo-eugenismo e as táticas de criminalização e controle. Dessa forma, o governo atribui à ação do campo da saúde um valor moral, mediante fluxos de culpabilização dos mais pobres pela decadência da ordem e da raça ideais que se buscava atingir. Mesmo que não necessariamente tenham se mantido nesses termos, as ações governamentais direcionadas aos usuários de drogas – que na visão do Estado ameaçavam a ordem e a identidade nacionais – ao longo do século XX mantêm a aliança tática entre sanitarismo, eugenismo, repressão e controle sobre o usuário.

Como apontado por Prestes (2017), o uso de drogas no Brasil vai confluir no governo do sexo, quando, a partir dos anos 1980, as ações de redução de danos, relacionadas ao controle da disseminação do HIV, também passam a ser direcionadas ao controle do uso de drogas. Assim, além da criminalização, outra tática se fortalece: a da assimilação. A nova prática se desenvolverá pela invenção da “população de risco”, referente aos usuários de drogas, como um fluxo derivativo do governo do sexo que surgiu com o HIV, para a qual a redução de danos fora originalmente pensada. Assim, nasce uma nova disputa nos regimes de verdade, nos quais se estabelece tal população como de risco e se introduz uma abordagem biopolítica de relação entre o sexo e a taxa de natalidade de usuários de drogas e de substâncias.

A assimilação tem início com os viventes da rua. Trata-se de um processo próprio do Estado moderno, no qual há uma separação entre aquele que é entendido como *self*, que é rígido e dotado de uma racionalidade, para garantir a cidadania homogênea, e o “Outro”, que é uma ameaça a esse modo de viver, sendo o desconhecido que precisa ser racionalizado, seja por viver na rua e não ter casa, por ser imigrante estrangeiro ou por ser usuário de drogas. Esse processo de diferenciação produzirá também uma prática que busca incluir esses viventes anormais do desejo sob tal razão dominante, mas sem contaminar o ideal homogêneo buscado pela razão de Estado. Assim, essa assimilação aparece como a outra via capaz de eliminar as diferenças dessas pessoas para incluí-las na racionalidade padronizada.

Nesse processo, a punição dos viventes ao serem incluídos no Estado se faz presente, pois, para serem cidadãos melhores, não terem lapsos morais, aqueles que vão para abrigos ou outros equipamentos das políticas públicas precisam seguir certos modos de viver. Só assim serão valorados como cidadãos e, então, assimilados. Em contraponto, aqueles que se mantêm na rua, ou seja, que continuam a ser valorados como ameaças à homogeneidade cidadã ideal, serão atingidos pela razão de Estado e pela via da criminalização (Arnold, 2004).

## O ESTABELECIMENTO DE UMA POPULAÇÃO E O CONSULTÓRIO NA RUA

O fluxo assimilatório fica evidenciado no Brasil com o término da Ditadura Militar e a promulgação da Constituição de 1988 – ou seja, quando o país se vê diante de pessoas que, anteriormente, não faziam parte da população, e que a partir daquele momento se tornam cidadãs. Antes havia somente a resposta tática da criminalização para os não cidadãos, ou seja, tais pessoas quando era vistas pelo Estado, elas eram reconhecidas e tinham ações sobre seus corpos da ordem da violência, pois havia pouco interesse do mesmo em inseri-las

nele. Entretanto, a partir da nova constituição, as táticas de assimilação começam a ganhar espaço, pois neste momento, os viventes da rua começam a ser reconhecidos como cidadãos de direito daquele Estado.

Com a necessidade criada pela Constituição cidadã e a emergência dessa população de risco pelas grandes cidades, o Estado começa a delimitar e enquadrar essas pessoas. Esse movimento aparece como uma tentativa de desenvolver uma prática governamental que estabeleça uma política pública, pois até então o Estado era ausente, salvo quando essas pessoas eram atingidas pela criminalização.

A tentativa de estabelecimento de uma população direcionada aos viventes da rua ocorrerá com a criação da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR) pelo decreto n. 7.053, em 23 de dezembro de 2009, no qual se define a população em situação de rua como:

[...] o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (Brasil, 2009)

Essa definição atribuída pelo Estado reconhece o desafio da ação homogeneizante sobre tais viventes, pois parte disso se dá no próprio processo emergencial de tal população, visto que até, então, não havia a necessidade de governo sobre essas pessoas, além da criminalização. Tal questão pode ser exemplificada quando se verifica que o uso da ciência estatística e da demografia não atingia esses viventes, pois os censos se baseavam na chave domicílio/família. Com esta nova demanda para políticas públicas, que não estava direcionada apenas para a repressão violenta, foram construídas propostas que buscavam atingir tais pessoas sob outros aspectos que não o da criminalização, visto que, não havia aporte tático ou técnico que sustentasse tal objeto de população.

Com o estabelecimento da PNPR, outros setores do governo começaram a elaborar propostas de ação para a “população heterogênea”. No campo da saúde, esse grupo é incorporado pelas ações advindas da redução de danos, num fluxo de assimilação. A importância da redução de danos para a emergência do CnaR está na criação do chamado Consultório de Rua. O Consultório de Rua surgiu no fim dos anos 1990, a partir de um projeto do professor Antonio Nery Filho, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como uma proposta de atendimento aos viventes da rua direcionando as práticas para uma redução de danos, sendo reconhecido pelo próprio Ministério da Saúde: “[...] a pertinência deste dispositivo como alternativa para a abordagem e atendimento aos usuários de drogas em situação de grave vulnerabilidade social, e com maior dificuldade de aderir ao modelo tradicional dos serviços da rede” (Brasil, 2010, p. 9). Em 2009, o Consultório de Rua foi considerado parte das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD), no Sistema Único de Saúde, proposto pelo Ministério da Saúde.

Apesar de o processo do Ministério da Saúde se orientar para políticas relacionadas ao uso de drogas, quando a portaria do CnaR é publicada em 2011, este equipamento emerge vinculado à Atenção Básica (AB), e não como parte da rede de atenção psicossocial. Isso não ocorreu sem disputas, visto que a portaria ministerial advém de confrontos entre poderes e visões sobre como deveria ocorrer o atendimento em saúde para as pessoas em situação de rua.

Como demonstrado por Borysow (2018), houve uma disputa na tramitação de uma proposta que vinha caminhando na pasta da saúde mental do Ministério da Saúde, a do Consultório de Rua, para uma proposta aliada à AB com a mudança de nome para Consultório na Rua, que foi, então, publicada em 2011 na portaria da PNAB, com o CnaR sendo efetivado como parte da AB, e com suas diretrizes definidas pela portaria n.º 122 do Ministério da Saúde no mesmo ano, iniciando formalmente a fomentação e o financiamento para a implantação do equipamento pelo país (Brasil, 2011, 2012a, 2012b, ).

Outras forças também atuaram na criação do CnaR na PNAB, operando para que ele fosse efetivado como parte de uma política pública na saúde. Uma dessas forças tomou forma de movimento social — Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR). Com participação em reuniões e comitês técnicos, o movimento estabeleceu uma luta para a inclusão do novo serviço como parte integrante da AB. O movimento, inclusive, defendia a obrigatoriedade do agente social, que no Consultório de Rua atuava na redução de danos. Contudo, tal proposta não foi incluída no texto da PNAB sobre o CnaR. (Borysow, 2018).

O CnaR vivenciado nesta pesquisa foi criado na condição de possibilidade, a partir dos campos de disputa relatados aqui. Ele se estabelece com uma carga valorativa que caminha com a história das disputas brasileiras dos regimes de verdade sobre os viventes da rua. Isso se evidencia pelo próprio histórico colhido no município, no qual o atendimento aos viventes da rua, no início do ano 2000, era realizado pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com um carro que ia até os que estavam em condições mais graves de uso de drogas nas ruas. Esse modelo de atendimento é encerrado em 2004, após a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que ficou responsável por tais atendimentos. Contudo, profissionais e gestores começam a debater se seria válido haver um serviço de emergência para atender tais pessoas, o que acabou gerando recusas de atendimento pela própria equipe do serviço móvel:

*[...] Se chamava o SAMU [...] isso é uma queixa social, não é uma questão do SAMU, o SAMU não vai fazer abordagem, a assistência que tem que fazer”. [...] Então, isso vinha sempre de muita discussão, quem que vai abordar? (Pessoa entrevistada).*

Com isso, surgiu um “vácuo” de atendimento. O SAMU não era reconhecido como um equipamento para atendimento desse público, e havia necessidade de expansão das ações dos CAPS e das Unidades Básicas de Saúde (UBS), conforme crescia o número de pessoas em situação de rua no município. Com isso, a questão começa a permear as discussões dos profissionais e gestores de saúde. Buscaram-se estratégias para a criação de um grupo que pensaria na implantação de um serviço nos moldes do Consultório de Rua, com atendimento direcionado aos usuários de drogas, vinculado diretamente à autarquia de saúde como um serviço de atenção psicossocial.

As discussões estavam avançando, contudo, em 2011, a PNAB é publicada e age como ponto de atração na emergência do CnaR no município, efetivando a sua formação, mas considerando-o como parte da AB, como visto na ata da Conselho Municipal de Saúde (CMS) do município.

*[...] a intenção era a de se conduzir um **Consultório de Rua** por iniciativa municipal, mas como houve a publicação em março, com esta possibilidade de cadastrarmos o serviço e passarmos a receber o valor da modalidade 2 no valor de treze mil. Está sendo submetido à aprovação do conselho para que seja dado seguimento ao processo de cadastramento. (CMS, 2012, l. p. 1059-1062, grifo nosso)*

A criação do CnaR no município emerge de uma disputa de regimes de verdade e de táticas de Estado, nos quais não havia estudos ou produção de práticas de ações para lidar com tal “população”. Quando se criou o equipamento, o município estava diante do aumento de pessoas em situação da rua e do inchaço urbano. A criação de uma população, e o necessário estabelecimento de um serviço para ela, gerou um movimento em que o CnaR, apesar de seu ineditismo, não tinha fluxos, protocolos, ou outros instrumentos bem estabelecidos para lidar com tais viventes. Não havia nem mesmo definições que delimitassem quem seria atendido ou não, cabendo aos próprios profissionais a tarefa de criar o fluxo de trabalho.

Embora o potencial inventivo desse modo de serviço seja inegável, há de se reconhecer que esse equipamento não está imune às pistas genealógicas de criminalização e de assimilação que permearam os regimes de verdade em relação aos viventes da rua, ao longo da história do país. Isso foi evidenciado na insistência do tema como uma questão de saúde mental, refletida tanto nas atas do CMS quanto nas entrevistas e vivências.

Nessas relações de força, foi percebido que a identidade atribuída aos viventes da rua, na forma de uma população, não elimina as condições que historicamente os designaram como uma “não população”. Neste

estudo, isso apareceu no não reconhecimento de serviços públicos, recaindo sobre esses serviços o peso moral estabelecido pela assimilação e criminalização histórica.

O peso que acompanha um vivente da rua aparece na própria abordagem de um serviço. Isso é exemplificado tanto por falas das entrevistas quanto nas vivências, evidenciando uma discussão recorrente sobre qual profissional ou serviço seria “responsável” por abordar e atender a essa população.

*Então, isso vinha sempre de muita discussão. Quem que vai abordar? Na época, não tinha nem projeto do Ministério da Saúde, não tinha a questão do recurso, não tinha aquela portaria [...]” (Pessoa entrevistada).*

Desse modo, a criação do CnaR não pode ser reduzida à publicação de uma portaria ou à contratação de profissionais e deve ser compreendida como uma investigação constante das relações de força e dos regimes de verdade que atuaram e atuam na concepção do equipamento e na forma como essas relações podem influenciar na produção de cuidado.

## CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRODUÇÃO DE DIFERENÇA

As disputas de regimes de verdade que pautaram a emergência de táticas de Estado para com os viventes da rua tiveram uma forte valoração produzida em estratégias derivadas de criminalizações e ideais higiênico-eugenistas, nas quais aqueles que vivem na rua são vistos como uma ameaça à racionalidade daqueles que têm moradia e estão dentro de uma identidade nacional homogênea e estática, mesmo que idealizada.

Somente a partir da Carta Magna de 1988 foi que essas pessoas passaram a ser reconhecidas como sujeitos de direitos, mesmo que a partir daí se inicie uma busca por assimilação para que essas façam “jus” à condição de cidadão. Apesar da importância inegável de tais movimentos históricos, de afirmação de direitos, há de se investigar os valores que estiveram e estão envolvidos na emergência e no estabelecimento de uma política, no caso de saúde, e como elas se efetivam como ação na realidade.

Na multiplicidade de relações e forças que culminaram na criação do CnaR, houve a influência de regimes de verdade estabelecidos sob a égide da criminalização ou da assimilação pelo Estado. Nesse sentido, torna-se importante compreender e explicitar tais regimes para que as políticas públicas que não reproduzam valores e táticas normatizadoras da necropolítica do Estado moderno capitalista.

Considerando que não é possível contemplar todas as disputas e todos os campos de força que ali habitavam, mas, sim, contribuir para a produção de conhecimentos e perspectivas sobre esse tema, compreendemos que esta pesquisa, apesar de demonstrar e discorrer sobre algumas pistas genealógicas levantadas, não esgota a discussão sobre regimes de verdade que permeiam tanto os viventes da rua quanto as práticas dos diferentes equipamentos de saúde, bem como não abrange todos os campos possíveis de investigações.

Portanto, recomenda-se o desenvolvimento de estudos que investiguem e aprofundem discussões a respeito de como os regimes de verdade foram, e são, estabelecidos nas políticas públicas no SUS, para, então, se discutir sobre práticas de produção de saúde que consigam transvalorar essas próprias verdades cristalizadas, ressaltando que o caminho traçado na investigação de tais pistas é sempre singular.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia *et al.* O pesquisador *in-mundo* e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Lugar Comum**, Rio de Janeiro, n. 39, p. 133-144, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/lc/article/view/50836/27579>. Acesso em: 15 mar. 2024.

ANDRADE, Rebeca de *et al.* O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p. 227-239, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213216>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/c8JDyXMSz7bHRHrLFdxtHPr/>. Acesso em: 15 mar. 2024.

ARNOLD, Kathleen R. **Homelessness, citizenship, and identity: the uncanniness of late modernity**. Albany: State University of New York Press, 2004.

ARRUDA, Pedro Fassoni. Liberalismo, direito e dominação da burguesia agrária na Primeira República brasileira (1889-1930). **Ponto-e-vírgula**, São Paulo, v. 1, p. 161-188, 2007. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/pontoevirgula/article/view/14323>. Acesso em: 16 maio 2024.

BORYSOW, Igor da Costa. **O Consultório na Rua e a Atenção Básica à população em situação de rua**. 2018. 214 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. DOI: <https://doi.org/10.11606/T.5.2018.tde-12062018-132859>. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-12062018-132859/>. Acesso em: 28 maio 2023.

BOSI, Alfredo. O Positivismo no Brasil: uma ideologia de longa duração. In: PERRONE-MOISÉS, Leyla. (org.). **Do positivismo à desconstrução: ideias francesas na América**. São Paulo: EDUSP, 2004. p. 157-245.

BOTEGA, Leonardo da Rocha. De Vargas a Collor: urbanização e política habitacional no Brasil. **Espaço Plural**, Marechal Cândido Rondon, v. 8, n. 17, p. 65-72, 2007. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/espacoplural/article/view/1619>. Acesso em: 15 mar. 2024.

BRASIL. [Constituição (1937)]. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro, 10 de novembro de 1937. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constitucao/constitucao37.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constitucao/constitucao37.htm). Acesso em: 23 maio 2024.

BRASIL. Decreto nº 2768 de 27 de dezembro de 1897. Altera o papel e dá nova distribuição aos serviços a cargo da Directoria Geral de Estatística. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, n. 357, p. 1, 28 dez. 1897. Disponível em <https://legis.senado.gov.br/norma/398104/publicacao/15772632>. Acesso em: 23 maio 2024.

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 Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 16, 24 dez. 2009. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm). Acesso em: 15 mar. 2024.

BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, p. 23911, 31 dez. 1940. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm). Acesso em: 16 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultório de Rua do SUS**. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde/EPJN-Fiocruz, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 24, p. 23, 26 jan. 2012a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html). Acesso em: 15 mar. 2024.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 205, p. 86, 22 out. 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 15 mar. 2024.

BRASIL. Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por município. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 27, p. 44, 27 jan. 2012b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0123\\_25\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0123_25_01_2012.html). Acesso em: 15 mar. 2024.

BRASIL. Portaria nº 1.255, de 18 de junho de 2021. Dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua, por município e Distrito Federal, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 118, p. 101, 19 jun. 2021. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1255\\_21\\_06\\_2021.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1255_21_06_2021.html). Acesso em: 15 mar. 2024.

BRESCIANI, Maria Stella M. O cidadão da República: Liberalismo versus Positivismo – Brasil: 1870-1900. **Revista USP**, São Paulo, n. 17, p. 122-135, 1993. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v01i17p122-135>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/25973>. Acesso em: 15 mar. 2024.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (Londrina). Ata da 224ª Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Londrina. Londrina, 18 abr. 2012. Disponível em: [https://saude.londrina.pr.gov.br/images/Conselho\\_de\\_Sa%C3%BAde/Atas/2012/224%C2%AA\\_Reuni%C3%A3o\\_Ordin%C3%A1ria\\_-\\_Abril.pdf](https://saude.londrina.pr.gov.br/images/Conselho_de_Sa%C3%BAde/Atas/2012/224%C2%AA_Reuni%C3%A3o_Ordin%C3%A1ria_-_Abril.pdf). Acesso em: 15 mar. 2024.

CUORE, Raul Enrique; CATANANTE, Bartolina Ramalho. A metodologia dos censos demográficos no Brasil: desigualdades educacionais da população negra. **Revista Acadêmica Magistro**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 13, p. 97-117, 2016. Disponível em: <https://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/magistro/article/view/3413/2077>. Acesso em: 15 mar. 2024.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 10. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 42. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

FRAGA FILHO, Walter. **Mendigos e vadios na Bahia do século XIX**. 1994. 232 f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1994. Disponível em: <https://www.historiografia.com.br/tese/2026>. Acesso em: 15 mar. 2024.

GONÇALVES, Juliana Garcia. **A lei número 12.732, de 22 de novembro de 2012, e seu efeito no cuidado aos pacientes oncológicos**. 316 f. 2016. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2016.

KOWARICK, Lúcio. **Escritos urbanos**. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2009.

KOWARICK, Lúcio. **Trabalho e vadiagem: a origem do trabalho livre no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Editora 34, 2019.

LAND, Marcelo Gerardin Poirot. Genealogia: uma investigação criminal aparentemente equivocada: uma conversa com o texto “Nietzsche, a genealogia e a história” de Michel Foucault. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 423-427. (Políticas e cuidados em saúde, 1). Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Livro-Políticas-e-Cuidados-em-Saude-Livro-1-%E2%80%93-Avaliacao-Compartilhada-do-Cuidado-em-Saude-Surpreendendo-o-Instituido-nas-Redes.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2024.

LOPES, Gustavo Acioli. **A cruzada modernizante e os infiéis no Recife, 1922-1926: higienismo, vadiagem e repressão policial**. 2003. 164 f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/7775>. Acesso em: 15 mar. 2024.

MBEMBE, Achille. Necropolítica. **Arte & Ensaios**, Rio de Janeiro, v. 32, p. 123-151, 2016. DOI: <https://doi.org/10.60001/ae.n32.p122%20-%20151>. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993/7169>. Acesso em: 15 mar. 2024.

MERHY, Emerson. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas e cidadania em debate**. Brasília, DF: CFP, 2012. p. 9-18. Disponível em: <https://www.circonteudo.com/wp-content/uploads/2012/01/emerson-merhy-anormais-drogas-e-cidadania-conselho-f-psicologia.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2024.

MOEBUS, Ricardo Narciso; MERHY, Emerson Elias; SILVA, Erminia. O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha? In: MERHY, Emerson Elias *et al.* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 43-53. (Políticas e cuidados em saúde; 1). Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Livro-Políticas-e-Cuidados-em-Saude-Livro-1-%E2%80%93-Avaliacao-Compartilhada-do-Cuidado-em-Saude-Surpreendendo-o-Instituido-nas-Redes.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2024.

MOTA, Carlos Guilherme; LOPEZ, Adriana. **História do Brasil: uma interpretação**. 6. ed. São Paulo: Editora 34, 2016.

NIETZSCHE, Friedrich. **Genealogia da moral: uma polêmica**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

OLIVEIRA, Luiz Antonio Pinto de; SIMÕES, Celso Cardoso da Silva. O IBGE e as pesquisas populacionais. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 291-302, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-30982005000200007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/VcDB6mfSmm5Wjd4LmydTrD/?lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2024.

PRESTES, Túlio Kércio Arruda. **A história do Homo psicoativus**: uma análise arqueogenealógica da redução de danos. 2017. 121 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/24873>. Acesso em: 15 mar. 2024.

RISÉRIO, Antonio. **A cidade no Brasil**. São Paulo: Editora 34, 2012.

RODRIGUES, Cristiane. **A construção social do vadio e o crime de vadiagem (1886-1906)**. 2006. 126 f. Dissertação (Mestrado em História Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/34/teses/CristianeRodrigues.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2024.

ROLNIK, Raquel. **O que é cidade**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SILVA, Carolina Cruz da; CRUZ, Marly Marques da; VARGAS, Eliane Portes. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 246-256, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005270>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PBqqKT9JyigJndzcTcjxRMh/#>. Acesso em: 15 mar. 2024.

SLOMP JUNIOR, Helvo *et al.* Contribuciones para una política de escritura en salud: el diario cartográfico como herramienta de investigación. **Athenea Digital: Revista de Pensamiento e Investigación Social**, Bellaterra, v. 20, n. 3, p. e2617, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2617>. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/view/v20-3-slomp>. Acesso em: 20 dez. 2022.

STEPAN, Nancy Leys. **A hora da eugenia**: raça, gênero e nação na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.