



PERIÓDICUS

ISSN: 2358-0844

n. II, v. I mai. -out. 2019
p. 250-270.

Homens e violência urbana: tecnologias de poder nos serviços de emergência de saúde

Helen Barbosa dos Santos¹

Henrique Caetano Nardi²

RESUMO: Tendo em vista a alta mortalidade de homens negros, pobres e jovens no contexto brasileiro, o presente artigo refere-se a homens que acessam os serviços de emergência de saúde por agravos produzidos pela violência urbana. Busca-se investigar teoricamente os dispositivos de poder que operam na produção do cuidado quando políticas de saúde e de segurança pública co-habitam os equipamentos de emergência de saúde, o que nos leva a analisar como a operacionalização do cuidado pode produzir a própria precariedade de vidas que quando não são dizimadas fisicamente o são socialmente. Para tanto, autores pós-estruturalistas como Michel Foucault, Giorgio Agambem, Loic Wacquant, Didier Fassin e Judith Butler conferem ao processo de pesquisa etnográfica problematizações relacionadas aos mecanismos de criminalização e medicalização que agem sobre determinados corpos masculinos nesse contexto.

PALAVRAS-CHAVE: saúde; homens; segurança pública; criminalização; raça.

Abstract: In view of the high mortality of black, poor and young men in the Brazilian context, this article refers to men who access emergency health services due to aggravations caused by urban violence. It seeks to theoretically investigate the power devices that operate during the production of care when health and public safety policies co-inhabit the emergency health equipments, which leads us to analyze how the operationalization of care can produce the precariousness of lives that when they aren't decimated physically, they are socially. Therefore, poststructuralist authors such as Michel Foucault, Giorgio Agambem, Loic Wacquant, Didier Fassin and Judith Butler confer to the process of ethnographic research problematizations related to the mechanisms of criminalization and medicalization that act on certain male bodies in this context.

Keywords: health; men; public safety policies; criminalization; race.

Resumen: En vista de la alta mortalidad de hombres negros, pobres y jóvenes en el contexto brasileño, el presente artículo se refiere a hombres que acceden a los servicios de emergencia de salud por agravios producidos por la violencia urbana. Se busca investigar teóricamente los dispositivos de poder que operan en la producción del cuidado cuando políticas de salud y de seguridad pública cohabitan los equipos de emergencia de salud, lo que nos lleva a analizar cómo la operacionalización del cuidado puede producir la propia precariedad de vidas que cuando no son diezmadas físicamente lo son socialmente. Para ello, autores post-estructuralistas como Michel Foucault, Giorgio Agambem, Loic Wacquant, Didier Fassin y Judith Butler confieren al proceso de investigación etnográfica problematizaciones relacionadas con los mecanismos de criminalización y medicalización que actúan sobre determinados cuerpos masculinos en ese contexto.

Palabras clave: salud; hombres; Seguridad Pública; criminalización; raza.

¹ Doutora e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) pelo Núcleo de Estudos em Relações de Gênero e Sexualidade (NUPSEX). E-mail: helenpsi@yahoo.com.br

² Doutor em Sociologia pela UFRGS. Coordenador do NUPSEX - Núcleo de Pesquisa em Sexualidade e Relações de Gênero. Professor Titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: hcnardi@gmail.com

Recebido em 29/01/19

Aceito em 28/06/19

Introdução

Através de estudo doutoral de base metodológica etnográfica em dois hospitais de trauma da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, objetiva-se no presente estudo, analisar epistemologicamente sobre homens³ e violência urbana no contexto de uma emergência hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS). A vulnerabilidade construída pela interseccionalidade⁴ de cor, raça e classe materializa-se no corpo de homens negros pobres e jovens, sendo que os agravos produzidos pela violência urbana nem sempre chegam aos serviços de atenção primária em saúde. (FERRAZ, 2011) Desse modo escolhemos um hospital de traumatologia como território etnográfico. É na emergência que vida e morte pulsam, é para lá que vão os homens quando suas existências estão em risco.

O mapa da violência de 2016 indica, conforme José Waiselfisz (2017), 49.932 homicídios registrados pelo Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Datasus, Sendo que 45.617 pertenciam ao sexo masculino (91,4%) e 4.273 ao feminino (8,6%). Esses números têm apontando o Brasil como recordista mundial em homicídios, registrando 58.559 mortes violentas só em 2014, sendo mais da metade constituída por jovens (53%) e negros (70%) (Fonte: FBSP, 9º Anuário Estatístico da Segurança Pública).

No que concerne aos indicadores de morbi-mortalidade associados às causas externas no âmbito da saúde, Suely Deslandes (1999), Deslandes (2008, p. 90) adverte que há um elevado número dessas mortes registrado como “*causa que se ignora se intencionais ou acidentais*”. A autora ressalta que ainda que exista uma rotina de identificação, apuração das causas, caracterização epidemiológica de casos de violência contra a mulher e a criança, outras formas de violência interpessoal, como a violência urbana, geralmente, não são identificadas.

Tornam-se, então, relevante estudos como os desenvolvido pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2010), bem como por Ricardo Mello (2008) – Hospital José Frota no Ceará – e Giana Dalbem

³ Os estudos no campo das masculinidades buscam desfazer noções abstratas de homem enquanto identidade única, a-histórica e essencialista, para pensar as masculinidades como diversidade no bojo da historicidade de suas inter-relações, rastreando-as como múltiplas, mutantes e diferenciadas no plano das configurações das práticas discursivas. (BOTTON, 2007) O conceito de masculinidades em correspondência com nosso campo de pesquisa não será aprofundado neste artigo, todavia é conceito inexorável aos nossos estudos podendo ser encontrado em *tais e tais* artigos trabalhado por nós na área das masculinidades, saúde e violência. (Suprimidas as referências para fins de avaliação).

⁴ O conceito de interseccionalidade aponta para o desafio no campo acadêmico de incluir o debate sobre a violação de direitos humanos, tendo em vista que determinados grupos da sociedade são atingidos com maior intensidade e de formas distintas, com arranjos específicos para cada contexto social, como as violações caracterizadas pelo sexismo, racismo, cissexismo, heterossexismo e preconceito de classe. (CRENSHAW, 2002)



(2012) – Hospital Cristo Redentor em Porto Alegre – sobre o perfil das vítimas de acidentes e violências no país, ao apontarem que mais de 80% dos homens que chegam à emergência de saúde por causas associadas à agressão física, a maior parte por arma branca e arma de fogo.

Relatórios estatísticos podem explicitar a dimensão da violência. Contudo, as ações investidas pelo Estado naturalizam a violência policial e urbana, produzindo uma insensibilidade em relação às vidas que estão sendo dizimadas, aliás, elas se sustentam no próprio discurso de extinção da violência urbana que assola os cidadãos de bem ao dissociar certo grupo de pessoas (as vidas precárias, na perspectiva de BUTLER, 2011), legitimando suas mortes como algo esperado. Sublinha-se, porém, que a nem todo sujeito é reconhecida sua humanidade sob ameaça. Aí emerge a problemática da representação do Outro, quando frequentemente não nos permitem ver a precariedade de certas existências ou a apresentam de forma a impedir nossa identificação com ele(a).

Nesse sentido, o que a alta mortalidade masculina entre os jovens pobres nos revela é em parte a discriminação à brasileira, ou seja, uma conduta que legitima a cor e a classe como critérios que tornam a pessoa um perigo em potencial. Se as masculinidades periféricas são as mais atingidas pela violência, como a produção da economia moral⁵ produz efeitos nas práticas profissionais e que define o destino destes corpos? Ao passo que se critica a norma de masculinidade que se relaciona no e pelo conflito, a própria avaliação moral engendrada pelos discursos e práticas reiteraria as normas de masculinidades que reproduzem a violência.

De fato, é de suma importância perceber as práticas⁶ de atenção na saúde que conferem ou não a biolegitimidade⁷ aos homens que acessam a emergência de saúde, uma vez que há uma linha tênue que pode separar as masculinidades que se configuram como objetos legítimos de um cuidado daquelas em que mais vale deixar morrer. Exemplo é o relato de uma médica que trabalhou durante quatro anos no Hospital Pronto Socorro: “*Os policiais às vezes dizem: nem se esforça muito com esse aí*”. Para alguns homens envolvidos em atos violentos, o acesso é compulsório, na medida em que

⁵ A análise da economia moral, como operador conceitual, possibilita analisar as tomadas de decisão e as práticas dos/as profissionais – da saúde e também os da segurança pública envolvidos na dinâmica do serviço – quando dirigidas aos homens e moldadas por uma concepção de justiça “moral”.

⁶ Os relatos observados no contexto da emergência de saúde bem como conteúdos midiáticos sobre a temática são atravessados por discursos – científico, religioso, jurídico, moral – que, para Michel Foucault (1995), são práticas, na medida em que constituem sujeitos. Eles falam e nos fazem falar, constituindo determinados modos de compreender a realidade.

⁷ Para Didier Fassin (2005 apud NARDI, 2008, p.17), a biolegitimidade é o reconhecimento político do corpo e das origens do sofrimento a ele associado.



são escoltados pela polícia, às vezes, em situação grave, como veremos a partir do diário de campo e quando sobreviventes, por vezes são encaminhados aos órgãos de segurança pública, caso seja observada a ilegalidade ou crime.

Percebemos, especialmente, que o campo da saúde brasileira fomentou a produção social de masculinidades criminosas no *continuum* punição-tratamento, atualizadas diante de práticas discursivas presentes nas ações do estado penal. (DURÃO, 2014, p. 204) Nesse sentido iremos, primeiramente, através de cenas do cotidiano da emergência de saúde analisar dispositivos⁸ de poder nas técnicas que dominam e gerenciam os corpos sociais. Mecanismos de medicalização e criminalização são centrais para essa discussão, pois produzem modalidades de subjetivação que reiteram violências às populações pobres e racialmente desqualificadas pela governamentalidade neoliberal.

Concomitantemente, categorias e preceitos morais possuem influência direta na atribuição de verdades sobre as noções de saúde, sofrimento e doença. Nesse sentido, na segunda parte desse artigo investiremos brevemente um olhar crítico a partir do conceito de economia moral proposto por Didier Fassin (2004). Ou seja, as ações em saúde compreendem uma dimensão moral do agir balizado por um código moral que hierarquiza o bem e o mal nas ações de saúde, que criam e reforçam a naturalização das hierarquias de gênero, de classe e de raça.

1. Pela porta dos fundos: biopoder na interface entre saúde e segurança pública

Animais abandonados e maltratados, violência contra mulheres, crianças; homofobia, transfobia. Não raras vezes o Facebook é meio de comunicação utilizado pelos seus usuários para publicizar situações reconhecidas como violação de direitos. Fora quase uma coincidência encontrarmos neste recurso midiático uma denúncia proferida por um empregador que, na ocasião, acompanhou seu trabalhador a um dos hospitais de emergência do município de Porto Alegre, Rio Grando do Sul, no ano de 2016, quando este sofrera um acidente durante a construção de um muro. De fato, é incomum relatos que denunciam certas violências relacionadas aos homens, visto que Cynthia Sarti (2006) salienta o não lugar do homem como aquele que sofre pela violência. Vítima e agressor são construções simbólicas. Não é o ato em si que configura a violência, mas a definição prévia de quem

⁸ “[...] é isso o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles. Para dizer: ‘eis um dispositivo’, procuro quais foram os elementos que intervieram em uma racionalidade, em uma organização”. (FOUCAULT, 2007, p. 124)



é a vítima. E para cada vítima, um culpado.

O trabalhador em questão retornara após o atendimento de saúde em direção ao seu acompanhante – o empregador – após machucar a perna. Com muita dor, chorando, assustado. Dissera o médico, conforme o relato disseminado na postagem em modo público: “*Este aí deve ter aprontado as suas, vamos costurar assim mesmo, sem anestesia*”. Culpado? Um jovem pobre, com cerca de vinte anos de idade e negro, pagara então o preço por ser confundido com um criminoso. A indignação pronunciada pelo acompanhante deste jovem era reiterada por descrições como “*um ótimo trabalhador, correto*”.

De todo modo, a *violência* tem sido tratada por muitos estudiosos sobre diversas teorias e especialidades. Condenar a violência e se perguntar como pode ocorrer são seguramente duas coisas diferentes, porém, é necessário examiná-las juntas, assimilá-las a uma análise mais ampla. (BUTLER, 2006, 2011) Infelizmente alguns estudos foram e vêm sendo (re)produtores de prismas que criminalizaram ainda mais algumas populações quando desprendidos de seu caráter relacional, histórico, social. Sob o prisma de Butler (2015), a violência não é algo intrínseco do sujeito, veremos que ela opera modos de inteligibilidade que favorecem o funcionamento do Estado e que, assim, constituem, eles próprios, exercícios de poder mesmo quando excedem o âmbito específico do poder estatal.

“*A violência e a não violência não são apenas estratégias e táticas, mas configuram o sujeito e se tornam suas possibilidades constitutivas*”. (BUTLER, 2015, p. 234) E dentro desta lógica ocorre um terrorismo subjetivo que diz quem pode ou não falar. Os corpos possuem uma dimensão pública como fenômeno social e a vulnerabilidade do corpo são exacerbados, especialmente quando a violência é uma forma de vida, de constituição de si, inclusive frente aos meios de autodefesa limitados. *O limite do corpo nunca pertence plenamente a mim. A vida exige apoio e condições possibilitadoras para poder ser uma vida vivível.* (BUTLER, 2006, 2015, p. 47)

Passamos então a existir no momento em que o discurso nos alcança, mas algo de nossa existência se prova precária quando este discurso falha em nos convencer. Assim, o discurso, em algum sentido também é portador de uma mensagem de desumanização que já está funcionando na cultura. (BUTLER, 2011, 2015) A “*terapêutica correcional*”⁹ exposta no relato supracitado, denota que antes

⁹ A metáfora remete aos “*Tratamentos médicos e correcionais*”, utilizados desde o século XX no Brasil; é terminologia utilizada a fim de dissociar o tratamento médico do tratamento penal, o doente do criminoso. Apesar do esforço



de negada a anestesia na perna machucada foi negado ao jovem acidentado o poder de fala; de um corpo que não pode reivindicar o direito a sua própria existência como factível a ser cuidada.

É preciso adentrar pela porta dos fundos, no serviço de emergência enquanto um dos territórios que revela as intersecções entre mecanismos de **medicalização e criminalização** de certas masculinidades. Sobretudo, deste corpo que foi historicamente costurado a ferro e fogo. Do trabalho (e do) escravizado. Grandes homens – ricos, brancos, cis – e seus grandes feitos foram exaltados na história do país ao passo que homens que eram produtos de nosso contexto social foram desqualificados, transformados em culpados pelo atraso no Brasil. (MATOS, 2001)

De qualquer modo, trabalhador que adoecer é facilmente lançado à malha moral: trabalho= saúde = honestidade *versus* doença = vagabundagem. Em vez de se modificar o modo como o trabalho é organizado e executado, se culpa o trabalhador que se acidenta ou adoecer pelo próprio infortúnio. No contexto político e social em que não há garantias empregatícias e de extrema competição, o trabalhador de hoje pode ser o vagabundo de amanhã. (BENDASSOLLI, 2000; NARDI, 1998)

Na esteira dessa discussão, Loic Wacquant (2008) salienta a mão invisível do mercado de trabalho encontrando seu prolongamento ideológico e seu complemento institucional no estado penal. A pobreza do Estado Social sobre o fundo da desregulação suscita e necessita da grandeza do Estado Penal. E isso é mais forte quanto mais o Estado se livra de qualquer responsabilidade social e tolera, ao mesmo tempo, um elevado nível de pobreza e uma pronunciada ampliação da escala de desigualdades. O acesso à assistência social e a justiça criminal são, assim, animados por uma mesma filosofia punitiva e paternalista que enfatiza a responsabilidade individual do cliente tratado a maneira de um sujeito, em contraposição aos direitos e obrigações do cidadão. (WACQUANT, 2013; BIRMAN; SEIXAS, 2012)

O trabalhador supracitado que foi circunscrito pelo médico como um bandido tentando pular um muro, entrelaçado à história de tantos outros, demonstra que ao serem submetidos a condições de trabalho insalubres e de risco, ou no mercado informal, homens negros e pobres ocupam o quase inquebrável estatuto de vagabundos e criminosos. Na retomada histórica proposta em nossos estudos anteriores¹⁰, reconhece-se a medicina convocada a higienizar uma mão de obra a partir da pós

discursivo para construir um limite entre esses dois campos, na prática o que se percebe é que suas fronteiras permanecem muito mal estabelecidas. (SILVA, 2013) A cena, nos lança também à tortura, em sua dimensão eminentemente política, e sua especificidade na dinâmica das estratégias modernas de poder - o que remete ao tema da inclusão do corpo e da vida biológica nos cálculos e nos exercícios do poder.

¹⁰ Não citados os estudos a nível de mestrado e doutorado para preservar o sigilo na avaliação.



escravidão a fim de conter toda a potencialidade do coletivo de homens que poderiam se rebelar contra o sistema político.

Diversas estratégias voltaram-se a este objetivo não apenas à repressão à ociosidade da República Velha, mas também a prevenção do alcoolismo e das doenças sexualmente transmissíveis; a exaltação ao trabalhador ideal nos regimes ditatoriais e a imaterialidade das garantias trabalhistas de uma sociedade atual onde prevalece a competição e o individualismo.

A medicalização torna-se então indissociável do estado penal como centro de gestão da população. Vagabundos, degenerados, drogaditos, doentes, perversos. Veremos que a história parece girar em torno de uma mesma lógica punitiva de dupla regulação social: o entrelaçamento - terapêutico-punitivo, social-penal, que se desenvolve no campo problemático instaurado entre as políticas. A experiência empírica anterior, de formação e de serviço na área da saúde demonstrou que discursos dos espaços de saúde como sendo predominantemente femininos são comuns. Contudo, pela porta dos fundos da emergência de saúde, observamos homens jovens baleados, policiais civis, militares. Havia um universo masculino reiterado pela coexistência da segurança pública enquanto dispositivo de acesso de atenção na saúde, em policiais militares e civis trazendo sujeitos, abordando-os, fazendo a ronda na enfermaria dos homens em privação de liberdade que estão em internação, ou mesmo na presença de uma delegacia dentro da emergência do hospital pesquisado.

E o tempo é fluído na emergência de saúde. Pela porta dos fundos, acompanhado de um policial civil, havia um homem algemado à cadeira, branco, bem vestido, que aguardava a consulta junto a outros usuários de saúde, como mulheres que com seus filhos conversavam alegremente, fofocando coisas da vida. Enquanto isso ocorre a chegada de cerca de cinco policiais militares, um deles estava sujo de barro nas pernas e pelo visto machucou o braço – que havia recém sido enfaixado. Outro policial falava ao telefone assuntos relacionados a uma perseguição empreendida contra três homens com um carro roubado:

“Pegamos eles. Mas demos uma surra, matamu a pau. Mas um dos colegas nosso ficou machucado”. Neste momento interrompo minha leitura, coincidentemente, sobre a Constituição Federal Brasileira:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: XLVII - não haverá penas: a) de morte,



salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art. 84, XIX;

De morte, de guerra. Logo após a entrada dos policiais militares, observou-se um homem sendo transportado numa maca, inconsciente e completamente ensanguentado. O jovem, negro que fora trazido pelos policiais parecia entre a vida e a morte. E nessas coincidências entre leituras breves quando o cotidiano de um desses serviços parecia calmo demais até o irromper fugaz de cenas como essa, podemos nos questionar se estaríamos numa guerra. Questões foram suscitadas: o resto de vida trazido após perseguição violenta faria parte do encobrimento de mecanismos e dispositivos de poder na lógica do poder soberano no contexto do biopoder atual? Aliás, como opera o viver e morrer neste contexto? Estaríamos enquadrados pela lógica da guerra?

Judith Butler (2015, p. 11) intitula seu livro “*Quadros de Guerra*” (*Frames of War: When is life grievable?*) a fim de repensar o complexo e frágil caráter dos vínculos sociais, sobretudo, considerar quais condições podem tornar a violência menos possível, pois certos enquadramentos epistemológicos estruturam modos de reconhecimento, especialmente durante tempos de guerra, em que há diferentes modos de esculpir seletivamente a experiência, quando colocam certas vidas que nunca serão vividas nem perdidas. Como lembra Carl Schmitt (1992 apud ROSA, 2007, p. 06), *a utilização do nome humanidade serve para retirar do inimigo o status de homem, e levar distintos movimentos de guerra a extremos*. Significa isto que a guerra, em lugar de momento excepcional e de intensificação da violência, pode ser encontrada de forma difusa nas lógicas militarizadas, repressivas, desumanizantes de gestão política, deixando, no entanto, de ser encaradas como violência política. (MOURA; ROQUE; SANTOS, 2012)

As hierarquias e mercados de trabalho da violência institucionalizada (forças militares, polícias e sistemas prisionais) são um dos componentes na estrutura de poder de gênero nas sociedades capitalistas. Em outras palavras o território da segurança pública é fundamentalmente masculino, (CONNEL, 2013; CARREIRAS, 2009) em um contexto atual do que Foucault (2002) chamou de regimes de biopoder.¹¹ Ou seja, não se pode exercer o velho direito soberano de matar – expor à morte, ou multiplicar para alguns o risco de morte; decretar publicamente a morte política, a expulsão, a rejeição. O biopoder tem dois pólos interligados por um feixe de relações intermediárias:

¹¹ Reiterando: O advento de outras formas de controle não significa o fim das disciplinas nem do poder soberano, apenas a adoção de uma multiplicidade de estratégias, tal como foi sempre o caso, no Brasil, onde parecem conjugar o mais moderno e o mais arcaico, sem que a norma deixe de ser implantada. Mas isso não significa que a vida tenha sido totalmente integrada às técnicas que a gerenciam, “ela lhes escapa continuamente”. (ROSA, 2016, p.71)



o primeiro deles, ligado a uma anatomia política do corpo humano, que se apóia em técnicas minuciosas e propriamente disciplinares e o segundo polo: o controle a céu aberto das populações. (BIRMAN; SEIXAS, 2012)

Giorgio Agamben (2009, 2015) afirma que o estado democrático de direito é uma ficção, que se dissipa nas zonas de indistinções entre o jurídico e o político. A difusão do medo à criminalidade, a visibilidade midiática da violência, a incitação ao consumo e a busca de segurança são novas técnicas de gestão das massas humanas. Sobretudo, invocar o velho direito soberano à morte é uma questão da biopolítica que foi retomada pela análise deste autor sobre o *homo sacer* e a *vida nua*.

Para exprimir em que consistiria a vida nua, a primeira aproximação feita por Agamben é através da distinção realizada pelos gregos entre *zoé* e *bíos*. Enquanto *zoé* reportava-se ao simples fato de viver – fato este idêntico a todos os seres vivos, sejam homens ou qualquer outro animal –, *bíos* é o nome atribuído a uma maneira específica de se viver, característica de um simples indivíduo ou de uma coletividade – em outras palavras, a *bíos* simboliza “*uma vida qualificada, um modo particular de vida*”. (AGAMBEN, 2003, p. 9) Se no mundo clássico o espaço político é ocupado somente pela *bíos* (vida qualificada), na modernidade ele inclui em seu funcionamento a *zoé* (vida meramente biológica) – e o corpo, despido de substância política, passa a ser alvo de absolutamente qualquer intervenção: torna-se “vida matável”, “vida indigna de ser vivida”, pode ser assassinada ou torturada sem que se cometa um crime. (AGAMBEN, 2003)

É na suspensão dos direitos essenciais de determinados indivíduos que o Estado – justamente o estado normalizador, disciplinar, biopolítico – opera aquele *velho direito soberano de fazer morrer* - em defesa e pela segurança das vidas sob sua tutela. (SANCHES JUNIOR, 2009) Assim, teorias racistas são requeridas quando se deseja demonstrar a monstruosidade do criminoso ou do infrator, sua anormalidade, sua periculosidade, sua inferioridade biológica. A negatividade do outro é realçada pela inocência e bondade de quem ele ameaça. O racismo do século XIX já não pode ser encarado meramente como fruto do ódio entre as raças, mas como uma doutrina política estatal a justificar a atuação violenta dos Estados modernos.

Vida nua, vida que se pode *deixar morrer*; colocada fora da jurisdição humana, seu exemplo extremo é a vida no campo de concentração. Em outros contextos, como no caso de nossos relatos, a “vida nua” é a vida que pode ser exterminada sem que se cometa qualquer crime ou sacrifício. A origem desta expressão remonta a Walter Benjamin, para quem a vida nua seria a portadora do nexo entre violência e direito. Assim, a sacralidade da vida hoje significa a “sujeição da vida a um poder de morte”.



(ROSA, 2007; AGAMBEM, 2003)

A sacralidade da vida não é, como se pode pensar, um direito humano inalienável e fundamental, na modernidade ela é destituída da ideia do sacrifício. O **homo sacer** não faz parte da vida a ser preservada, mas sim da vida descartável, compondo a estrutura de exceção contemporânea. (ROSA, 2007, p.5)

A vida passa então a coincidir exatamente com o espaço político, no qual a exclusão e inclusão, *bios* e *zoé*, direito e fato passam a habitar uma zona de indeterminação. (ARÁN; PEIXOTO JÚNIOR, 2007) Assim, a estrutura de exceção se transformou no paradigma biopolítico dos governos atuais.

Explicando melhor, o estado de exceção suspende o ordenamento jurídico, mas não desdenha desse ordenamento, ao contrário, compõe com ele a própria lógica da exceção. Ou seja, “*o estado de exceção representa a inclusão e a captura de um espaço que não está fora nem dentro, numa relação de dentro/fora, de inclusão/exclusão, de anomia/nomos*”. (AGAMBEN, 2003, p. 56)

A reconfiguração da soberania nas democracias modernas propiciou a indistinção entre exceção e normalidade. Se o poder soberano tende a desaparecer, enquanto possibilidade do soberano de decidir sobre o estado de exceção, “*não é só a exceção como exceção que desaparece, mas também, a norma como norma, ou seja, exceção e norma tornam-se uma e a mesma coisa, na imanência de um único plano*”. Essa indistinção entre exceção e norma,¹² seria uma característica do poder político no mundo contemporâneo. (AGAMBEN, 2015)

Portanto, a própria decisão a respeito dos limites de intervenção biopolítica estatal é legitimada por um conhecimento científico, sobretudo o médico e o estatístico como já alertava Foucault (2002). Deste modo, as escolhas são formalizadas como se fossem meramente *técnicas*, e não políticas. No contexto atual, o soberano é representado, em verdade, por aquele que pode decidir sobre o valor ou desvalor da vida dos indivíduos. (HACHEM 2011) O resultado disto tende a ser o aniquilamento da vida política como um “*patamar de indeterminação entre democracia e absolutismo. Segundo o filósofo, o totalitarismo que daí emerge assemelha-se a um estado de exceção que se confunde com um estado de “guerra civil legal”*”. (LUIZ, 2013, p. 45)

“*Matamu a pau*”. Punir, às escondidas, talvez sem que se possa deixar morrendo, num beco,

¹²“Para Foucault, a norma corresponde à construção de um paradigma que embasará a distinção entre o normal e o anormal. É preciso excluir para tratar, consertar, normalizar a anormalidade do indivíduo”. (ESTEVES, 2016, p. 15)



numa esquina qualquer. Um acordo tácito, sem decreto, um contrato informal entre os seres de bem e a política, de que se pode matar se assim for necessário, mas também oferecer ao corpo um caminho institucional pelo Estado, quando não de recolhimento¹³ pela morte, à possibilidade de sobrevivência. “A gente vive trazendo bandidos para cá e infelizmente eles tiram o lugar de pessoas de bem. Mas não temos o que fazer. Não podemos deixar morrendo”, diz um dos policiais.

Diante dessa frase proferida por um dos cinco policiais militares que entraram em confronto com o homem negro em estado de saúde grave ao passo que foram os mesmos a trazê-lo ao serviço de saúde, Agamben propõe uma terceira fórmula que apreenderia a especificidade da biopolítica do século XX: “não mais *fazer morrer*, nem *fazer viver*, mas *fazer sobreviver*”. (AGAMBEN, 2003, p.108) Nem vida, nem morte, mas apenas produção de sobrevivência.

Ressalta-se que o Estado moderno vai além de uma análise da sociedade da punição e da vigilância, para uma análise do modo como se exercita a soberania política através de práticas de governo que incidem sobre o comportamento dos homens e guiam, controlam e asseguram sua conduta; são justamente tais práticas que criam condições para aquele exercício de governo da conduta humana. (ARAÚJO, 2009)

Assim, os *dispositivos de segurança* se tornam na contemporaneidade, segundo Agamben (2014) gestores da desordem, não mais voltada à prevenção dos delitos, mas sim a tomar proveito deles quando ocorrem. Faz com que a análise dos movimentos policiais permita seguir a real política de Estado que ela recobre. Os dispositivos de segurança, portanto, buscam fortalecer os elementos positivos da sociedade – favorecer o convívio social, dispor as construções de maneira adequada, permitir o escoamento da água e a circulação do ar etc. – e frear os possíveis riscos que podem acometer a população (doenças, roubos, acidentes etc.). (FOUCAULT, 2008, p. 26)

As diferenciações da economia geral do poder brevemente esclarecidas até então, na ocasião, tanto no que concerne aos processos de medicalização e criminalização na história de certas masculinidades, bem como na atualidade relatada ao longo desse estudo, indicam a existência de sistemas de segurança e correção – que emergiu depois do século XVII –, e da disciplina que não dispensa os sistemas de segurança. Estes vêm até hoje e não anulam os outros dois. Os códigos e leis se inflam com novas regras. Sendo assim, os mecanismos de disciplina também se intensificam, há mais

¹³A médica que trabalhou durante quatro anos no HPS, diz que “*muitos casos atendidos pela SAMU associados à violência vão para o Instituto Médico Legal*”.



vigilância, classificação, busca pela patologia atrás do comportamento. Lei, disciplina e segurança se compõem em séries. (ARAUJO, 2009)

Torna-se pertinente então contextualizar que, se a posição da vítima - a sua negação ou supressão - é o fator principal que caracteriza o modelo punitivo de decisão, (CARPENTIERI, 2012), é necessário pautar que entre a vigência do sistema jurídico clássico e a instauração paulatina do sistema jurídico moderno, há um processo de redistribuição de toda a “economia do castigo”.

A tortura só será denunciada como uma prática “bárbara” em fins do século XVIII. A *desrazão* da tortura a que Foucault se refere consiste no fato de ela ter sido, durante a modernidade, “*conduzida quase sempre de forma extralegal, praticada sem regulamentação precisa e em segredo. Visa atingir a alma através dos abusos no corpo*”. (ALVAREZ, 2008, p. 297) O criminoso é o sujeito que rompeu o pacto, logo ele entra em conflito com a sociedade inteira que tem legitimidade para castigá-lo. Este é um corpo permeável, aberto à intervenção, no qual as manipulações de outros não são consideradas problemáticas. (LEMOS, 2014, p. 121)

Reflete-se também, que nos tempos atuais, o cálculo da pena opera-se em função não do crime, mas de sua possível repetição. Deve visar “não à ofensa passada, mas à desordem futura”. (FOUCAULT, 1999, p.89) Como sistema de punição da nossa atualidade temos o encarceramento em suas diversas formas. No Brasil, com a abolição da escravatura e o início do regime republicano, a lógica do soberano também já não cabia mais nos modos de punição do crime. A própria condenação marca o delinquente com sinal negativo. Com o código criminal brasileiro de 1830, as Casas de Correção foram criadas; o trabalho como tratamento moral foi a primeira configuração que vemos emergir de encarceramento para os vadios, abandonados.

A emergência de saúde pode ser considerada como território parte de um caminho para a institucionalização pela via da segurança pública para muitos homens envolvidos em atos violentos. Em direção à internação masculina do mesmo hospital encontramos muitos rapazes negros em situação de internação devido a agravos suscitados por conflitos armados. Alguns já estavam incluídos nas malhas do sistema prisional dentro do próprio hospital, como um integrante da facção “Bala na Cara” sobrevivente ao conflito armado com a polícia. Parecendo muito debilitado; o jovem ouvia a conversa sobre os motivos que levaram os outros colegas à internação, mas não conseguia responder quando os outros referiam-se ao estado de saúde dele: “*Ele chegou aqui faz dois meses, levou quatro tiros, foi um milagre sobreviver.*” O sobrevivente em questão era contido por uma algema num dos pulsos e sob a ronda, 24 horas por dia, de dois profissionais da polícia civil que



ficavam em frente à porta da ala de internação masculina.

Nos dois hospitais em que foi realizada parte da etnografia, a interlocução entre práticas de saúde e segurança pública nos levou para além do setor da emergência. Nos leitos de custódia desses dois hospitais – um deles com três leitos de custódia e outro hospital com quatro leitos de custódia –, percebemos e entrevistamos além de profissionais de saúde, profissionais da segurança pública como policiais militares, policiais civis e agentes da Superintendência de Serviços Penitenciários (Susepe). Os homens que são pegos em flagrante e em confronto com a polícia são frequentemente trazidos pela brigada militar, algumas vezes pela polícia civil.

Não foi uma ou duas vezes que ouvimos relatos de que os homens feridos por conflitos violentos escutavam ameaças pelos profissionais da Brigada Militar: *“Não vamos te levar. Vamos deixar aqui mesmo, morrendo”*. Os policiais militares são dubiamente posicionados como os acompanhantes (recolher a dor) ao passo que justiceiros (punir a dor) da cidade. Poder soberano coexiste, indissociavelmente com a gestão da vida perigosa. Os hospitais de trauma, na lógica do estado penal, são indissociavelmente parte do território da segurança pública. Das algemas da brigada militar, os homens criminalizados são repassados institucionalmente à Susepe, quando passarão a serem acorrentados aos leitos em quarto próprio para escolta pelos agentes da Susepe, *“a corrente possibilita que possamos fazer os procedimentos necessários ao custodiado, o que a algema não nos permitia”*. (profissional de saúde). Entre os termos paciente e preso, os homens nos leitos escoltados pela segurança pública são hegemonicamente chamados de custodiados.

Percebemos então uma força policial no contexto brasileiro, ostensiva e profissionalizada, baseada por um lado, no sistema do panoptismo, que excede a vigilância pelas instituições. Mas o sistema panóptico é uma parte de dispositivos de segurança pública dentro do serviço de emergência de saúde.

A intervenção com base em leis protetivas não altera a condição de vida dos perigosos, dirige-se com ênfase a coibi-los na expectativa de comportamentos aceitáveis. (FOUCAULT, 1999, p. 61)

[...] Organiza-se todo um saber individualizante que toma como campo de referência não tanto o crime cometido (pelo menos em caso isolado), mas a virtualidade de perigos contida num indivíduo e que se manifesta no comportamento observado cotidianamente. Não se pune, portanto, para apagar um crime, mas para transformar um culpado. (FOUCAULT, 1999, p.112)

Nesse sentido, polícia, juízes penais e as prisões não são simples aparatos técnicos que impõem uma ordem legal e sim veículos para a produção política da realidade e para controle dos grupos sociais



despossuídos e estigmatizados, assim como dos territórios em que estão confinados por uma ordem social excludente. O aparato penal serve para controlar a agitação entre os estratos mais baixos da hierarquia de classe e étnica. (ITURRALDE; GARLAND, 2012, p. 170)

Diante de uma sociedade que utiliza artefatos de poder através de discursos que suscitam o medo e insegurança, lançamo-nos a uma pergunta: Os homens que trouxeram a segurança pública ou a segurança pública trouxe os homens para a emergência de saúde? Pergunta retórica já que a produção de criminalidade é parte inexorável de um estado penal no contexto neoliberal, o qual retroalimenta-se em políticas e práticas diversas, considerada especialmente as de caráter punitivas-terapêuticas quando problematizada as narrativas de um serviço de emergência de saúde. Pelo aparato do Estado, este corpo é institucionalizado pela marca da criminalização nas políticas públicas variadas, tendo em vista, obviamente que algo sempre escapa ao governo dos corpos pelo Estado. Ademais, a síntese disjuntiva (ou...ou) teria seu uso exclusivo e limitado, enquanto a conectiva (...e...e...) suscita seu uso global, específico. Mas a provocação é válida, diante de um território pouco explorado no campo das masculinidades e da violência quando linhas de força que convergem em dispositivos de poder que funcionam na intersecção entre processos de medicalização e criminalização.

2. Economia moral: homens marcados pela violência nos serviços de emergência de saúde

No contexto dos homens que acessam os hospitais de trauma por conflitos violentos, reside a economia moral, conceito proposto por Didier Fassin, a fim de problematizar brevemente o modo como determinados homens são tratados e têm as suas vidas avaliadas e distinguidas, não somente por tecnologias de governo, mas também por dimensões morais relativas à produção dos significados. Captar as lógicas operantes da economia moral nas políticas públicas – na gestão e nas práticas de atenção em saúde – nos auxilia perceber as práticas de saúde em movimento; ora divergentes entre si, ora consonantes, enquanto múltiplas linhas de força empreendidas no que se refere às masculinidades criminalizadas que chegam aos serviços de emergência.

Categorias e preceitos morais parecem ter influência direta na atribuição de verdades sobre as noções de saúde, sofrimento e doença. De acordo com o conceito de economia moral retomado por Didier Fassin (2004; 2008; 2010; 2014), as práticas dos(as) profissionais de saúde são permeadas por princípios e escolhas produzidos culturalmente, o que leva-nos a compreender as hierarquias colocadas em jogo, os valores operados nas cenas de cuidado atribuído às vidas, bem como os



princípios de justiça e humanidade.

A partir do olhar etnográfico sobre a condição de imigrantes, estrangeiros e excluídos em solo francês e em outras partes do mundo – África do Sul, Senegal e Venezuela, principalmente –, “*Fassin orientou suas pesquisas para o que chamou de ‘economias morais’,¹⁴ ou seja, os jogos normativos e sociais que fundam práticas políticas*”. O fato de ter sido vice-presidente da organização humanitária internacional Médicos Sem Fronteiras, parece marcar seu percurso ao analisar o “*tratamento dado à pobreza, às vítimas de guerras e catástrofes, aos migrantes em geral, do ponto de vista do corpo e da crescente racionalidade humanitária que se configura como fundamental nesse campo político*”. (WEINTRAUB; VASCONCELLOS, 2013, p. 1042.)

Não é incomum inferir os hospitais de emergência como espaços de manifestação de intensos processos de naturalização, violência social e brutal banalização do sofrimento alheio. Autores como Suely Deslandes (1999; 2008), Aldenan Costa (2006), Marilene Sá (2005), Daiane Dal Pai (2011), Brasil (2009) e Cynthia Sarti (2005) afirmam que os serviços “portas abertas 24 horas por dia” sofrem os efeitos perversos da omissão do Estado com relação aos problemas sociais e do desinvestimento no sistema público de saúde. A superlotação, precárias condições de trabalho, tecnologias do cuidado obsoletas e ausência de espaços de educação permanente geram desmotivação profissional e interferem na qualidade do atendimento prestado aos usuários.

Concomitante a esse aspecto, Michael Lipsky (2010) afirma que as emergências se constituem em um dispositivo estrutural mais comum para administrar as consequências da rotina, pois ali se manifesta a força da discricionariedade face aos dilemas dos burocratas no nível da rua o(a) trabalhador(a) da ponta), como nas decisões em relação ao sujeito que acessa os serviços de saúde, e como se regula o deixar viver e deixar morrer dentro do biopoder. (FOUCAULT, 2002) Entre a organização pela qual trabalha e os cidadãos alvo das políticas, os(as) profissionais de saúde carregam consigo grandes responsabilidades sobre o sucesso destas, uma vez que estão no último nível de execução dessas políticas. (LIPSKY, 2010)

¹⁴O conceito de economia moral emerge na obra de Edward Thompson (1998) para analisar as relações e negociações entre comerciantes/distribuidores/compradores ingleses no século XVIII que se opunham a noção de economia liberal. A utilização do termo moral confere às relações do que posteriormente nomeou-se “mercado”, num sentido social e cultural. Ou seja, guiavam-se pelos pressupostos compartilhados na comunidade do que era justo e legítimo nas negociações. Fassin (2014, p.4) apropria-se do sentido mais amplo que o conceito anterior de economia moral expressa: “*a economia de valores e normas morais de um dado grupo em um dado momento*”.



Segundo Leonardo Sá (2005) e Aldenan Costa (2006), percebe-se que o discurso acerca dos problemas institucionais, não são problemas menos relevantes para a qualidade da atenção em saúde de toda população usuária do SUS, contudo, encobrem a diversidade da demanda, num processo de múltiplas reduções, como a negação do sofrimento social a partir da redução de uma vida a seu caráter biológico.

“*Trato todas as pessoas de maneira igual, sem distinção*”... “*Não tenho preconceito, me preocupo em curar a doença*”, é algo que escutamos recorrentemente por muitos profissionais de saúde quando opinam sobre homens que chegam por conflitos violentos na emergência de saúde. Estas proposições também são objeto de estudos como de Cynthia Sarti (2005), Sueli Deslandes (1999, 2008, Sandra Leal, Marta Lopes (2005) entre outros (as) autores(as).

Conforme pesquisa de Sandra Leal e Marta Lopes (2005), realizada no Hospital Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS), a maioria dos (as) profissionais considera que o atendimento é igual para todos, e, em nenhum momento, deixam de prestar a assistência necessária e prescrita. Entretanto, os(as) profissionais entrevistados revelam que os pacientes já chegam “marcados” quando a causa é associada à violência interpessoal, principalmente quando os usuários de saúde são “custodiados”¹⁵ pelo Estado. A atenção à saúde está muitas vezes circunscrita a procedimentos técnicos revezados entre os colegas, no intuito de reduzir o contato do profissional com usuários de saúde considerados como ligados ao crime. Estes aspectos, conforme, Sarti (2005) residem na dificuldade subjetiva de prestar assistência quando se sabe a história do paciente.

Exemplo percebido, é a fragmentação da relação técnico-paciente em que o(a) trabalhador(a) busca o parcelamento das tarefas são defesas contra sentimentos de angústia ou revolta voltados aos homens hospitalizados em decorrência de agressão são evitados a partir da despersonalização e negação da importância do indivíduo, na qual todos os pacientes são iguais e devem ser cuidados da mesma forma. Portanto, quando o(a) enfermeiro(a) refere que é preciso *retirar* um pouco da coisa de humano, para poder seguir trabalhando, está racionalizando seu pensamento, mas exprime o esforço para esse enfrentamento. (LEAL; LOPES, 2005)

Se o território da emergência exige rapidez tanto no aplacamento da dor e do sofrimento quanto

¹⁵Preferimos aqui referenciá-los como homens privados de liberdade e usuários de saúde, visto que o termo custodiado transmuta um sujeito em objeto do Estado. Tanto a pesquisa de Sandra Leal e Marta Lopes (2005) quanto as minhas observações na ala de internação masculina do Hospital pesquisado revela que havia internados homens privados de liberdade e em semi liberdade.



do diagnóstico, uma atenção integral à saúde para determinados sujeitos pode ser algo mais acessível para uns do que para outros. Se o corpo é o lugar por excelência em que a marca do poder é impressa, o biológico é antes de tudo moral. Ou seja, a justificativa de tratar todos de maneira igualitária faz parte de uma racionalidade discursiva que encobre a economia moral neste jogo relacional entre profissionais e “elementos suspeitos” detectados. O acesso e o cuidado em saúde às masculinidades marcadas pela violência parece justamente ser autorizado pela fragilidade orgânica e física imposta ao corpo, ao passo que sua biografia é suprimida no direito de existir. Vida produzida como meramente biológica (zoé) ao passo que o corpo é desprovido da substância política (bios).

Os valores produzidos nestas configurações de poder irão afetar o modo como ocorre “*o reconhecimento que a sociedade concede à questão do corpo sofredor ou doente*”. (FASSIN, 2007, p. 381) Mas há uma inversão de prioridades no campo político e moral contemporâneo, em “*que o direito à vida se tornaria mais importante que os direitos sociais e econômicos, e se imporá inclusive em detrimento destes*”. (FASSIN, 2010, p. 193)

Entretanto, tais valores abrem uma série de novas interrogações: quais as causas são escolhidas, quais e quantas vidas devem ser arriscadas em nome da salvação de outras, quem são as vítimas prioritárias em dinâmicas de atendimento. Por isso é que, segundo o autor, as práticas humanitárias são, ao mesmo tempo, uma biopolítica – dirigida à promoção da vida de determinadas “populações” – e uma política da vida (ordinariamente realiza uma relação entre a vida como valor supremo e as diferenciações necessárias entre as vidas particulares dos atendidos). (FASSIN, 2008 apud WEINTRAUB, 2013, p.101)

Desse modo, como compreender o sofrimento do outro, sobretudo pela legitimidade de uma reivindicação de direitos sociais que deve ser outorgada pelos especialistas das políticas públicas enquanto agentes que representam saber e poder? No caso desses usuários de saúde, muitas vezes, cabe o “rótulo” de merecedores do trauma, pois o evento não foi acidental. (LOPES, 1995)

A violência, desse modo, é interação que afeta a dignidade individual, não apenas corpo e carne; está enraizada e não vista porque é moral. (FASSIN, 2013) Então, a noção de periculosidade é lançada como tecnologia que se traduz no governo dos corpos. Diferente do trauma que justifica direitos, a periculosidade os restringe; ela é presumida para o sujeito que comete uma infração penal. O corpo, a fala e o comportamento são postos à prova. (KOPPER, 2014)

“*Eu não sou um traficante, sou estudante da UFRGS, me confundiram com outro*”. Disse-nos um



dos jovens que estava internado por ter sido alvejado nas costas pela polícia, ao ser confundido com um traficante. Carregar o estatuto de perigoso independente do ato que se cometa é um risco de vida intermitente pelo qual atravessa homens marcados pela sua raça e classe social. As emergências de saúde são a prova dessa realidade e território onde jugos morais reproduzem as violências vividas por esses.

Considerações finais

Mbembe (2014) aponta para um futuro livre do peso da “raça” e, por conseguinte, do ressentimento, mas isso só seria possível por meio da justiça, da restituição e da reparação. O desafio de se reconstruir uma identidade negra passa necessariamente pela superação do ideário escravista. Entretanto exemplos cotidianos citados revelam que o racismo de estado reflete-se em ações de discriminação no campo da saúde: do jovem trabalhador que fora torturado pelo médico que lhe atendia; no jovem negro desprendendo-se de vida porque “mataram-lhe a pau”; no próprio discurso público midiático, hierarquizando o cuidado aos homens pelo jugo moral que separa bandidos de mocinhos, reiterando a violência entre os homens destituídos de proteção aos seus direitos.

Temos então a ativação simultânea do tratamento social e do tratamento penal, das desordens urbanas em que o primeiro funciona, com muita frequência, como um tapa-sexo burocrático para o segundo e, na prática, submete-se, cada vez mais diretamente. Então, se Wacquant (2013) esclarece que a pobreza do estado social sobre o fundo da desregulação suscita e necessita da grandeza do estado penal, a ausência do estado nas zonas empobrecidas da cidade evidencia-se também nas emergências de saúde, quando o “ringue” das periferias atinge e tensiona o interior destas instituições.

Tanto os profissionais de saúde como os da segurança pública são atravessados por lógicas morais que engendram operações ambíguas entre fazer viver e deixar morrer; são os “acompanhantes” dos homens envolvidos em conflitos armados no acesso à saúde, ao passo que “justiceiros” da cidade em estado de emergência diante de tantos sujeitos reconhecidos em sua periculosidade.

Não menos importante e indissociável do que foi refletido até então, o campo de estudo sobre as masculinidades emerge como seara indissociável para a continuidade de reflexões produzidas nessa pesquisa, especificamente às relações de poder entre o dito bandido e o policial pois ambas produções de subjetividades são atravessadas por interseccionalidades afins, em especial pelo marcador social de gênero, raça e classe. Estas masculinidades, figuras icônicas associadas ao macho, produzem e são produzidas pela mesma máquina de poder que torna as vidas tão produtivas para a potência das engrenagens do Estado e descartadas se assim for necessário.



Referências

- AGAMBEN, G. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua*. São Paulo: Iluminuras, 2003.
- AGAMBEN, G. *O que é o contemporâneo? e outros ensaios*. Chapecó: Editora Argos, 2009.
- AGAMBEN, G. *Estado de exceção: homo sacer, II, I*. São Paulo: Boitempo, 2014.
- ALVAREZ, M. C. Tortura, História e Sociedade: algumas reflexões. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, v. 16, n. 72, p. 275-294, 2008.
- ARÁN, M.; PEIXOTO JÚNIOR, C. A. Vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na atualidade. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 47, n. 5, p.849-857, 2007.
- ARAÚJO, I. L. Foucault, para além de Vigiar e Punir. *Revista de Filosofia Aurora*, Curitiba, v. 21, n.28, p.39-58, 2009.
- BENDASSOLLI, P. F. Público, privado e o indivíduo no novo capitalismo. *Tempo Social*, São Paulo, v. 12, n. 2, p.203-236, 2000.
- BIRMAN, J.; SEIXAS, C. M. O peso do patológico: biopolítica e vida nua. *História, Ciência, Saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.13-26, 2012.
- BOTTON, F. B. As masculinidades em questão: uma perspectiva de construção teórica. *Revista Vernáculo*, Curitiba, v. 1, n. 19-20, p.109-120, 2007.
- BRASIL. [Constituição 1988]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde.(2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Acolhimento de Classificação de Risco nos Serviços de Urgência*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 52 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- BRASIL. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 3 jan. 2014.
- BUTLER, J. *Vida precária: el poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós, 2011.
- BUTLER, J. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.
- BUTLER, J. "Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo". In: LOURO, G. L. (org.). *O corpo educado*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2001. p.151-172.
- CARPENTIERI, J. R. Os direitos humanos e o direito penal: o papel do jurista em face do poder punitivo. *Revista Direito Mackenzie*, São Paulo, v. 6, p. 171-184, 2012.
- CONNELL, R. W; MESSERSCHMIDT, J. W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 21(1): 241-282, jan.- abr. 2013.
- CARREIRAS, H. O olhar dos homens: resistência e cumplicidade nas respostas masculinas à integração de mulheres nas Forças Armadas. In: MATHIAS, S. K. *Sob o signo de Atena: gênero na diplomacia e nas Forças Armadas*. São Paulo: Ed. UNESP, 2009.
- COSTA, A. L. R. C.; MARZIALE.; M. H. P. Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em emergência e urgência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 59, n. 3, p.337-43, 2006.
- CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p.171, 2002.
- DAL PAI, D. *Violência no trabalho em pronto socorro: implicações para a saúde mental dos trabalhadores*. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.



- DALBEM, G. G.; UNICOVSKY, M. A. R. A natureza das lesões traumáticas ocasionadas pela violência física em pacientes atendidos em serviço de emergência de um hospital público. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 3, n. 2, 2012.
- DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.
- DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S.; LIMA, M. L. C. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. *Revista Panamericana Salud Publica*, Washington, D.C, v. 24, n. 6, p. 81-94, 2008.
- DURÃO, S. Enforcing order: an ethnography of urban policing. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.204-206, 2014.
- DURÃO, S. O corpo, o gueto e o Estado penal: entrevista com Loïc Wacquant, *Etnográfica*, Lisboa, v. 12, n. 2, 2008. Acesso em: agosto de 2018. Disponível em: <http://etnografica.revues.org/1811>.
- FASSIN, D. Biopouvoir ou biolégitimité: splendeurs et misères de la santé publique. In: GRANJON, M. C. (org.). *Penser avec Michel Foucault: théories critiques et pratiques politiques*. Paris: Karthala, p. 161-182, 2004.
- FASSIN, D. *When bodies remember: experiences and politics of AIDS in South Africa*. Berkeley: University of California Press, 2007. v. 15.
- FASSIN, D. *La raison humanitaire: une histoire morale du temps présent*. Paris: Gallimard, 2010.
- FASSIN, D.; EIDELIMAN, J. S. (org.). *Économies morales contemporaines*. Paris: La Découverte, 2014.
- FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP*, São Paulo, v.9, n. 1, p. 1-13, 2011.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 3. ed. Rio de Janeiro: Grall, 2007.
- FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. *Michel Foucault- Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p.231-249.
- FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade: curso no collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- FOUCAULT, M. *Segurança, Território, População*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- ITURRALDE, M. A.; GARLAND, D. Os limites do Estado soberano: estratégias de controle do crime na sociedade contemporânea. In: CANEDO, C.; FONSECA, D. S.(org.). *Ambivalência, Contradição e Volatilidade no Sistema Penal: leituras contemporâneas da sociologia da punição*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, p. 59-80, 2012.
- KRUG, E. G.; DAHLERG, J. A.; MERCY, A. B. et al. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.
- KOPPER, M. Nos limites da intervenção: a antropologia crítica de Didier Fassin. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 355-370, 2014.
- LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: "o olhar" da enfermagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p. 419-431, 2005. Acesso em: março de 2019. Disponível em :<https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000200020>
- LEMOES, D. S. A moderna política dos castigos: uma perspectiva da punição em Michel Foucault. *Em Tese*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 114-135, 2014.
- LIPSKY, M. *Street-level Bureaucracy: dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation, 2010.
- LUIZ, J. V. R. "Estado de exceção como regra": o impasse contemporâneo à resistência política no pensamento de Giorgio Agamben. *Achegas.net*, [s. l], v. 33, 2007. Disponível em: http://www.achegas.net/numero/33/jose_luiz_33.pdf. Acesso em: 12 set. 2014.



- MATOS, M. *Meu lar é o botequim: alcoolismo e masculinidade*. 2. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2001.
- MELLO, R. P.; SILVA, L. C.; ALEXANDRE, J. R. Homens, Saúde e Violência: atendimentos realizados no Instituto José Frota em Fortaleza. *In: ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO*, 15., 2009, Maceió. *Anais: [...]*. Maceió: Associação Brasileira de Psicologia Social, [2009]. Disponível em: http://abrapso.org.br/siteprincipal/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=67&Itemid=95.
- Ministério Da Saúde (Br). (2010). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde.
- MOURA, T.; ROQUE, S.; SANTOS, R. Conexões perdidas: representações de gênero, violência (armada) e segurança na resolução 1325. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, v. 96, p.165-196, 2012.
- NARDI, H. C. O Ethos Masculino e o Adoecimento Relacionado ao Trabalho. *In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (org.). Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. p. 95.
- NARDI, H. C. O estatuto da diversidade sexual nas políticas de educação no Brasil e na França: a comparação como ferramenta de desnaturalização do cotidiano de pesquisa. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 20, p. 12-23, 2008.
- ROSA, S. O. Fazer viver é deixar morrer. *Revista Aulas*, Campinas, v.1, n. 3, p. 1-14, 2007.
- SÁ, M. C. *Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência*. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.
- SANCHES JUNIOR, C. A. Apontamentos gerais sobre a tortura na contemporaneidade: as contribuições de Michel Foucault e Giorgio Agamben. *Revista LEVS*, Marília, n. 4, p. 1-12, 2009.
- SANTOS, F.; MACHADO, P. Economia moral e modelos de atenção no cuidado com gestantes que usam crack. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 34-46, 2016. Acesso em: janeiro de 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610903>.
- SARTI, C. A.; Barbosa, R. M.; SUAREZ, M. M. *Violência e gênero: vítimas demarcadas*. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.167-183, 2006.
- SCHMITT, C. *O conceito do Político*. São Paulo: Editora Vozes, 1992.
- SCHUCH, P. “Antropologia Pública: a ética da inquietude no trabalho de Didier Fassin”. *In: DINIZ, D. Didier Fassin. Entrevistado por Débora Diniz*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2016.
- SCISLESKI, A.; GUARESCHI, N. M. F. Pensando el gobierno: la producción de políticas de vida y de exterminio. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, Barcelona, v. 11, n. 2, p. 85-99, 2011.
- SILVA, C. C. R. A aliança entre justiça e psiquiatria no controle do uso de droga: medicalização e criminalização na berlinda. *Revista EPOS*, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, 01-24 2013.
- THOMPSON, E. P. A economia moral da multidão inglesa no século XVIII. *In: THOMPSON, E. P.; ELCHEMBERG, R. Costumes em comum*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. p.150-203.
- WACQUANT, L. *Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos*. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2013.
- WASELFISZ, J. *Mapa da violência 2012: os jovens do Brasil*. São Paulo: Instituto Sangari; Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- WEINTRAUB, A. C. A. M.; VASCONCELLOS, M. P. C. Contribuições do pensamento de Didier Fassin para uma análise crítica das políticas de saúde dirigidas a populações vulneráveis. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 1041-1055, 2013. Acesso em: 20 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-597020130003000016>.

