



Atendimento hospitalar para populações à margem do sistema de saúde na França: o exemplo dos Permanences d'accès aux soins de santé The government of groups at the margin of the healthcare system in French public hospital: the example of the department for access to healthcare Correspondência

Jérémy Geeraert

► **To cite this version:**

Jérémy Geeraert. Atendimento hospitalar para populações à margem do sistema de saúde na França: o exemplo dos Permanences d'accès aux soins de santé The government of groups at the margin of the healthcare system in French public hospital: the example of the department for access to healthcare Correspondência. Saúde e Sociedade, 2018, <10.1590/S0104-12902018180550>. <halshs-02391520>

HAL Id: halshs-02391520

<https://shs.hal.science/halshs-02391520v1>

Submitted on 3 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Atendimento hospitalar para populações à margem do sistema de saúde na França: o exemplo dos *Permanences d'accès aux soins de santé*

The government of groups at the margin of the healthcare system in French public hospital: the example of the department for access to healthcare

Jérémy Geeraert

Instituto de Pesquisa Interdisciplinar sobre Questões Sociais.

Paris, França.

E-mail : geeraert.j@gmail.com

Resumo

Este artigo analisa o acesso de pessoas de baixa renda a hospitais públicos. Tomamos como exemplos os *Permanences d'Accès aux Soins de Santé* (PASS), ou Centros de Acesso à Saúde, estrutura hospitalar que atende pessoas que têm dificuldades para acessar o sistema de saúde francês. Baseada em uma investigação empírica, resultado de uma tese em sociologia, esta investigação junta observações de participantes e entrevistas semidiretivas realizadas em 16 PASS diferentes. Em um plano teórico, o artigo espelha os trabalhos sobre as metamorfoses da questão social e uma perspectiva biopolítica de inspiração foucaultiana. O atendimento de populações à margem do sistema de saúde por uma instituição pública (hospital) é considerada agindo em áreas que sobrepassam o estrito tratamento de doença para entrar em áreas de regulação social, proteção da saúde pública ou a realização de direitos humanos. No caso dos PASS, o artigo mostra a construção de uma biopolítica de migração ao redor de uma montagem complicada que mistura cidadania, políticas econômicas, políticas de saúde pública e acesso à saúde. A maneira de exercer o poder se caracteriza por um governo de base realizado por profissionais de campo em interações com os pacientes e colocando em cena uma economia moral baseada em representações do que é bom ou ruim para a sociedade.

Palavras-chave: Acesso à Saúde; Hospital Público; Questão Social; Biopolítica; Migração.

Correspondência

Brunnenstr., 6. Berlim, Alemanha. 10119

Abstract

This article analyses how the modern public hospital handles poverty. To do so it goes from the example of the hospital-based Departments for access to healthcare (Permanences d'accès aux soins de santé – PASS), that is specialized in taking care of patients experiencing difficulties to access healthcare in the French healthcare system. The article relies on an empirical study achieved as part of a PhD work in sociology. The study combines participant observations and interviews (n=49) which have been conducted in 16 different PASS. On a theoretical level, the paper mirrors the work on the metamorphosis of the social question and a biopolitics perspective inspired by Foucault. In this perspective the way the public hospital takes care of individuals situated at the margin of the healthcare system is thought as entering in the areas of social regulation, protection of the public health or realization of human right. In the case of PASS, the article shows the construction of a biopolicy of migration that is a cobbling together of citizenship, economic policies, public health and access to healthcare. The form of power is characterized by a government from the bottom which is realized by street-level healthcare professionals during interaction with the patients and based on a moral economy depicting representations of what is good and bad for the society.

Keywords: Access to Healthcare; Public Hospital; Social Question; Biopolitics; Migration.

Introdução

O hospital público no Ocidente tem intrínseca desde o início do século XX uma missão de assistência e um princípio de caridade institucional.¹ Entretanto, havia poucas funções de saúde. Era um lugar de acolhimento para deserdados, pessoas idosas e doentes, onde só se iria para morrer. Robert Castel situa no alto da Idade Média o nascimento do que ele chama de “social-assistencial”, se instalando em uma sociedade que se tornava complexa e em que os laços sociais se distendiam. O atendimento dos desamparados se torna então objeto de práticas especializadas: orfanatos, hospitais, distribuição organizada de esmolas (Castel, 2007). Estes últimos participam na manutenção da coesão e da estabilidade social no intuito de atender os indivíduos excluídos da sociedade ou ameaçados por existir. O autor vê no nascimento e no desenvolvimento do social-assistencial a solução que as sociedades complexas propõem para resolver os problemas internos que encontram, no que concerne à proteção e integração das categorias ameaçadas de desfiliação.²

A função de assistência hospitalar é articulada com outra, a de controle social e reclusão dos pobres, que é bem acentuada por toda Europa a partir do século XVII por conta de um notável aumento da pobreza (Foucault, 1976b; Geremek, 2010). Os hospitais gerais, criados na França no fim do século XVIII, encarnam essa reviravolta; eles oscilam entre um papel correccional e um caráter carcerário (Fossier, 2002), mantendo uma função de ajuda aos indigentes. Quando consideramos isso fora (ou além) de sua função de cuidado, o hospital é caracterizado então por essa ambivalência entre assistência por um lado e repressão e controle social de outro.

Com a medicalização do hospital a partir do século XIX, a instituição se separa gradualmente de suas funções assistenciais e de repressão para se tornar cada vez exclusivamente um lugar de cuidado técnico e especializado que conhecemos atualmente. Essa

1 Para citar apenas algumas obras consideráveis: Imbert (1966), Imbert e Mollat (1982) e Geremek (2010). Para uma análise sociológica, ver Castel (2007), Foucault et al. (1979) e Foucault (2009).

2 Castel define a desfiliação como a dissociação do laço social em razão da ausência de trabalho e isolamento social. É “a evasão em relação às regulações por meio das quais a vida social se reproduz e se reconduz” (Castel, 2009, p. 92).

instituição se insere na “biopolítica” identificada por Michel Foucault e caracterizada por uma transformação da forma do poder do Estado que se orienta cada vez mais em direção à manutenção e ao governo da vida dos cidadãos (Foucault, 1976a, 2004). O hospital se torna então gradualmente um lugar de controle de corpos e de comportamentos. O atendimento aos pobres neste contexto não é mais somente entendido como um ato de caridade ou um dever moral, mas também (e especialmente) como um programa biopolítico para prosperar a nação em um ambiente competitivo internacional. Esta dimensão é uma característica essencial das políticas de saúde, direcionada para os menos privilegiados que ainda hoje encontra uma forte ressonância (Borgetto, 2013).

Como estudar em uma perspectiva sociológica o apoio às populações em situação de pobreza no espaço hospitalar das nossas sociedades modernas? Esta questão, que servirá como um fio condutor deste artigo, permite inserir um estado da pesquisa francesa nesta área e apresentar alguns resultados de um estudo realizado pelo autor sobre este tema. Em um nível teórico, o artigo espelha trabalhos sobre a metamorfose da questão social estudados por Robert Castel e uma perspectiva de biopolítica em consonância com trabalhos de inspiração foucaultiana. Trata-se de considerar o apoio a populações à margem do sistema de saúde por uma instituição pública (hospital), atuando em áreas que excedem o estrito tratamento da doença para entrar nas áreas do regulamento social, da proteção da saúde pública ou da realização dos direitos humanos. Em um nível empírico, este artigo se baseia em uma pesquisa realizada como parte de uma tese em sociologia sobre os centros de acesso à saúde (PASS).³ Criados em 1998, sob a lei contra a exclusão social, os PASS são estruturas hospitalares assistenciais que oferecem cuidados e medicação para pacientes com dificuldades para acessar as estruturas do sistema de saúde (por exemplo, devido à falta de seguro de saúde). Eles não têm nenhuma função de alojamento, mas continuam a prestar assistência aos pobres (Geeraert, 2017b).

Por isso, veremos numa primeira parte as características que definem o âmbito do apoio às pessoas mais pobres no hospital público moderno, incluindo o sistema de proteção contra doenças e as representações sociais sobre a definição de saúde. Em uma segunda etapa, veremos mais precisamente como a sociologia estuda o atendimento hospitalar a pessoas em risco de exclusão social, tomando por exemplo o PASS. Isto nos levará a questionar, de uma maneira transversal, as contribuições heurísticas em uma abordagem que cruza o tema da biopolítica com o tratamento da questão social.

Uma nova definição de saúde

Durante o século XX e especialmente a partir de sua segunda metade, as sociedades ocidentais construíram sistemas de proteção social para cobrir toda a população contra os riscos sociais (doença, velhice, desemprego). A construção de um Estado social que protege a população contra os riscos sociais se complementa e ultrapassa o sistema tradicional do social-assistencial mencionado na introdução e atua como um regulador forte da sociedade para a integração de maiores números. Castel vê, no desenvolvimento de um Estado social forte, uma tentativa de manter a coesão social perante os riscos de fraturas sociais (intrínseco a todas as sociedades, mas aumentados no modelo capitalista devido às fortes desigualdades sociais produzidas). A sociedade então atua sobre si mesma a fim de reconstruir a coesão social onde ela é mais fraca (Castel, 2007).

Além de uma maneira de regular a sociedade, a proteção da saúde se constitui em direito. A França ratifica a partir de 1946 um verdadeiro “direito ao cuidado” que ecoa na nova definição de saúde do âmbito de aplicação no mundo ocidental e que pode ser resumido em “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” e não apenas “uma ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946, p. 16). Mais importante para os nossos propósitos, este novo direito à assistência é o resultado de uma luta social

³ A pesquisa foi realizada entre 2011 e 2014 em 16 diferentes PASS em todo o território francês. Durante a pesquisas, foram realizadas as observações em salas de espera, em consultas médicas e entrevistas com a assistente social. Foram conduzidas 42 entrevistas semidiretivas, principalmente com os profissionais dos PASS (médicos, assistentes sociais, enfermeiros).

que tende a proteger a própria vida e reconhece em todos os indivíduos uma “biolegitimidade”, ou seja, um “reconhecimento superior dado ao princípio de suporte de vida” (Fassin; Costa-Lascoux; Hily, 2001, p. 146). Este direito vai além do único cálculo biopolítico referido na introdução para entrar no campo da moralidade.

Para resumir, podemos dizer que o projeto de saúde moderno tem três características principais. 1. É paradigmático e totalizante (Gori; Del Volgo, 2009); tendendo a governar os corpos e os comportamentos (Fassin; Memmi, 2004), especialmente para disciplinar a sociedade e torná-la mais produtiva. 2. Destina-se a defender a vida, erigida em valor fundamental (biolegitimidade), numa perspectiva de justiça social e direitos humanos. 3. É constituído como um risco social que pode levar, quando ela estiver não ou mal protegida, à falta de integração social.

Os efeitos do contexto

Controle do aumento de gastos com a saúde

Ao mesmo tempo, a generalização da proteção da saúde para todos os trabalhadores e suas famílias, a modernização do sistema de saúde e as alterações demográficas (incluindo o envelhecimento da população) e culturais (aumento das necessidades de saúde e medicalização crescente de novas áreas da vida) conduziram a um aumento sem precedentes nos gastos com saúde na sociedade francesa do pós-guerra (Gori; Del Volgo, 2009; Sicard; Le Pen, 2004). Estes gastos subiram, portanto, de 2,6% em 1950 para 9,1% do Produto Interno Bruto em 2010 (Le Garrec; Koubi; Fenina, 2013). Este crescimento estrutural não é exclusivo da França, sendo também encontrado em nossos vizinhos europeus (Colombo; Morgan, 2006). As políticas que buscam controlar este aumento têm sido reforçadas desde a década de 1970. O sociólogo Frédéric Pierru mostrou as grandes tendências dessas reformas: recusa para ampliar as receitas e um consequente aumento de impostos obrigatórios, privatização e reembolsos de seguro, e queda na taxa de apoio público (Pierru, 2007). Diante de poderosos grupos de pressão que representam os médicos de um lado, os seguros privados e a indústria farmacêutica de outro, a

flexibilidade das políticas de saúde para endireitar as contas de seguros foi reduzida e as tentativas de reforma deste sistema muitas vezes foram bloqueadas. Geralmente, as economias em grande parte têm sido desgastadas pelos consumidores e justificadas pelos discursos de responsabilização dos comportamentos individuais. De acordo com Pierru, essa vontade de responsabilizar os indivíduos em seu consumo de cuidados é ineficiente e leva ao aumento das desigualdades sociais em saúde, porque são as pessoas mais pobres que têm mais dificuldades para cobrir os custos deixados então a seu encargo. Assim, as políticas de controle do aumento de gastos com saúde levou à mudança em maior proporção dos custos para os indivíduos particulares, desfavorecendo os grupos menos dotados economicamente e particularmente aqueles que não se encaixam no sistema de cobertura de saúde. Se esta tendência é comum para o sistema de saúde como um todo, ela se encontra particularmente no hospital.

As reformas hospitalares nestes últimos trinta anos, que foram acompanhadas de um aperto cada vez mais evidente dos orçamentos em face de um crescimento constante, levou a cortes que forçaram o aumento da produtividade, sendo que estes poderiam ser apenas parcialmente compensados por reorganizações (Belorgey, 2010; Domin, 2007; Pierru, 2007). O hospital público moderno, desde o início da crise econômica em meados da década de 1970, é cada vez mais caracterizado por sua dimensão financeira. Os orçamentos quase ilimitados, disponíveis para os hospitais de antes da crise, são questionados. Isto é, em primeiro lugar, o modelo econômico do “hospital-empresa”, desenvolvido no final da década de 1970, que legitimou cientificamente esta mudança (ver Benamouzig, 2005; Domin, 2007). Frédéric Pierru tem mostrado que essas reformas introduziram um funcionamento liberal e administrador.

Algumas reformas do hospital são inspiradas pela *new public management* (NPM), atuando principalmente sobre a organização da atividade. Essa forma de pensar não é limitada à área hospitalar, pelo contrário, é amplamente aplicada na maioria das burocracias nas sociedades ocidentais; é incorporada na “nova gestão pública” que se encontra em quase todas as administrações desde a década de

1990, com uma forte aceleração na década de 2000 (Bezès, 2012). O NPM é, portanto, uma nova maneira de pensar os sistemas administrativos públicos, constituindo-se de técnicas de gestão inspiradas em métodos de gestão da empresa privada.

O sociólogo Nicolas Belorgey disse o seguinte sobre isso:

[O NPM] centra-se sobre o controle dos agentes produtores, buscando aumentar sua produtividade e defini-las nesta extremidade dos objetivos quantificados. Suas ferramentas motivacionais são principalmente financeiras. Sob este prisma, as perguntas são reformuladas em termos puramente técnicos, os aspectos políticos são considerados como tratados em instâncias externas tais como o Parlamento. Ele vem como uma simples busca de eficácia, portanto transponíveis em praticamente qualquer contexto, servindo a qualquer finalidade. Sob esta luz, não há nenhuma diferença fundamental entre o setor privado e público, e que seria a hora de importar no último que seria tão ineficiente e tão mal, as ferramentas que fizeram a fortuna do primeiro. (Belorgey, 2010, p. 9)

O trabalho de Nicolas Belorgey sobre a chegada da *new public management* no hospital público por meio de reformas constitutivas da nova forma de gestão hospitalar sugere o aumento das desigualdades no acesso a cuidados e serviços de saúde causado pela padronização de práticas médicas em detrimento dos pacientes menos privilegiados social e economicamente. No entanto, o autor mostra que estas reformas não se aplicam uniformemente e que resistem por parte de muitos profissionais (Belorgey, 2010).

Outros trabalhos têm estudado os efeitos da mudança neoadministrativa nas gestões do Estado social cumprindo missões ao público precário (Gabarró, 2012; Martin, 2016; Siblot, 2006). Os fenômenos de “dualização” dos serviços públicos são divididos entre dispositivos destinados para as populações em geral “seguindo normas de eficiência administrativa” e serviços específicos reservados para os mais desfavorecidos incluindo as representações culturais dos mais pobres. Estes são entendidos como “difíceis”, ou até mesmo

“agressivos” (Siblot, 2005, p. 71), fortalecendo sua estigmatização e permitindo “uma retirada discreta das instituições públicas em nome da melhoria do serviço às populações “em dificuldades” (Siblot, 2005, p. 87). A corrida para a produtividade e para a racionalização também tende a limitar as pessoas em situações complexas em circuitos específicos, estressados e engarrafados, limitando seu acesso a direitos e benefícios (Gabarró, 2012; Martin, 2016).

Generalização e estratificação dos sistemas de proteção contra doenças

No nível dos planos de saúde na França, é possível notar uma tendência para sua generalização para toda a população a partir do fim da Segunda Guerra Mundial. A chegada no final da década de 1990 da Cobertura de Saúde Universal Complementar (voltada à saúde das pessoas pobres e em situação regular) e Assistência Médica do Estado (voltada à saúde de pessoas pobres e em situação irregular) completa este processo de proteção da saúde para toda a população. Dispositivos auxiliares como o PASS oferecem acesso a cuidados pontuais e limitados àqueles que estão à margem dos sistemas de cobertura de saúde.

Paralelo a este fenômeno, vemos durante o mesmo período a construção inédita (graças a ferramentas legais e à estigmatização) de um grupo social - estrangeiros - no qual o acesso ao sistema de saúde era prejudicado por algumas de suas ramificações (Carde, 2009; Izambert, 2010; Geeraert, 2017b). Os instrumentos de proteção contra doenças desmultiplicam e diminuem conforme a situação administrativa da estadia das pessoas se deteriora. A delicada estratificação de status de estadia que tem se desenvolvido desde a década de 1970 na França é acompanhada de uma diferenciação dos direitos de proteção da saúde.

Deve notar-se que a França é uma exceção nesta área e é o único país entre os seus vizinhos europeus a oferecer plano de saúde funcional e abrangente a seus conterrâneos irregulares. Este é o paradoxo do sistema de saúde francês que integra e protege as ramificações da população que fora isolada e estigmatizada no montante e, ao mesmo tempo, exclui certos grupos entre os mais precários dentro desta

ramificação. Os excluídos, entre eles estrangeiros precários, são aqueles que encontramos nos PASS, que são um dos últimos segmentos de proteção da saúde. Assim, a grande maioria dos pacientes dos centros de acesso à saúde tem dois pontos em comum que mostram que seu lugar no sistema de cuidados de saúde se relaciona diretamente às características socialmente construídas. Além da experiência de uma fragilidade econômica e social, os pacientes dos PASS são, na maioria das vezes, estrangeiros em estado de residência precária. Aqui encontramos o binário entre inclusão e exclusão mencionado na introdução. Inexoravelmente, tudo acontece como se o desenvolvimento do Estado social no recente período produzisse, em contrapartida à inclusão cada vez maior da população no sistema de seguro de saúde, uma desfiliação significativa de suas margens.

A questão do acesso aos cuidados na França contemporânea deve ser entendida como intimamente relacionada à questão da cidadania como instrumento de dominação por meio da manutenção precária em muitas áreas da existência de algumas categorias de estrangeiros. Contra a propagação do movimento de generalização da proteção contra doenças, o isolamento e a exclusão de determinados grupos estigmatizados designam as características de um sistema de saúde estratificado em suas margens com base no status de cidadania. A este respeito, a proteção da saúde pelo acesso a cuidados e ao sistema de saúde se torna um instrumento biopolítico participante na formação e na reprodução de uma ordem social estratificada.

A função social no hospital

A reforma de 1958 de Robert Debré⁴ confirma a figura do hospital moderno francês como o de um templo da técnica. Ele cria o tempo pleno hospitalar e o centro hospitalar universitário, que atrai os principais especialistas e ocupa meios técnicos modernos. Ele fornece uma função tripla: o cuidado, a educação e a pesquisa (Jamous, 1969). Este período é acompanhado por um aumento dramático dos gastos com saúde

devido ao progresso técnico, mas também voltado à expansão da clientela e das necessidades e demandas de cuidados (Steudler, 1973, p. 34). Os sociólogos, escrevendo sobre o hospital no início da década de 1970, observaram uma reorientação da atividade voltada às patologias com um interesse científico, enquanto doenças comuns são tratadas pela medicina da cidade. A missão tradicional de assistência “parece tomar lugar à custa de uma vocação mais moderna, além de asilo, [que] chega a ser menosprezada pelo hospital em si como pela equipe médica” (Herzlich, 1973, p. 46). O desenvolvimento da atividade do hospital parece estar acompanhado inexoravelmente de uma especialização dos serviços e deixando de lado a medicina de primeiro recurso (Chauvenet, 1973; Vassy; Renard, 1992). Os serviços são cada vez mais especializados, seletivos (no recrutamento de pacientes que é feito de acordo com sua patologia) e atuando em uma escala desterritorializada.

A função histórica de abrigar agora desapareceu virtualmente do hospital público. Ela é exportada para outras instituições, como abrigos ou asilos para as pessoas idosas dependentes, por exemplo. No entanto, o hospital público continua a cumprir uma missão “social” que pode se dissociar completamente de uma atividade puramente médica ou técnica. A criação do serviço de assistência social hospitalar a partir de 1945 é o sinal da manutenção desta dimensão; os centros de acesso à saúde (PASS) são outro exemplo.

Nicolas Dodier e Agnès Camus (1997, 1998) salientaram a permanência desta dualidade de hospital público contemporâneo, que é caracterizado por uma “tensão entre a abertura e fechamento”. O fechamento se refere ao processo de especialização e seleção dos pacientes que descrevemos. A abertura, por outro lado, é constituída pela noção de serviço público hospitalar estabelecida pelo ato de 1970⁵ e seus valores – igualdade de acesso, igualdade de tratamento e continuidade do serviço. Mais concretamente, encontramos tal abertura em serviços (medicina interna, medicina geral, prontos-socorros) que se encaixam em um território com

4 Decreto nº 58-1202, de 11 de dezembro de 1958, relativo aos hospitais e asilos públicos.

5 Lei nº 70-1318 31 de dezembro de 1970.

pacientes recrutados localmente. O lugar mais aberto é o pronto-socorro. Diversas outras áreas também representam esta abertura, o primeiro dos quais o PASS, os serviços de medicina geriátrica, paliativa, e alguns outros que se desenvolveram desde a segunda metade do século XX, como os polos de saúde pública (medicina preventiva, centros de aborto, triagem etc.), de medicina carcerária ou de consultas para pacientes surdos. Estes serviços continuam a receber pacientes entre as classes sociais menos favorecidas. Os polos de saúde pública destacam a importância das missões biopolíticas do hospital público ao serem especialmente dirigidos aos pacientes mais pobres para garantir o respeito ao princípio da bioglegitimidade e se destinarem a proteger a saúde da população como um todo (especialmente na detecção e tratamento de doenças infecciosas e contagiosas).

O pronto-socorro, estudado por Dodier e Camus (1997), é um bom exemplo desta dualidade entre a abertura e fechamento. Enquanto está aberto a todos e a todo o tempo, a seleção dos pacientes, em um segundo momento, separa as demandas que não são “emergências reais” – as quais sobretudo as demandas ditas “sociais” (p. 114) – daquelas vitais ou que exigem assistência médica imediata. Esta tendência na seleção dos pacientes, característica do fechamento, gera por parte dos profissionais de saúde uma mobilização “diferenciada” (p. 13) de acordo com o indivíduo, podendo reorientá-lo a um lugar remoto na ordem de atendimento. Neste contexto, os pacientes detêm um “valor mobilizador” mais ou menos importante (p. 113) que se correlaciona com seu estatuto social e que irá determinar suas chances de acesso à saúde.

Em contrapartida, os autores ressaltam que a noção de “serviço público” é um valor importante para muitos profissionais da saúde que trabalham em hospitais, e que se manifesta em uma vontade de abrir o hospital a todos os seus pacientes, em particular às categorias sociais desfavorecidas, sem a possibilidade de levá-los a outros estabelecimentos de saúde. Esse valor é reforçado pela ética médica, ao qual o juramento de Hipócrates é uma referência forte. O hospital público carrega uma medicina ética e social que está presente em seu âmbito de forma difusa.

O atendimento ao público à margem do sistema de saúde pelo hospital público francês moderno é

formado por três fenômenos principais: (1) a tendência para a especialização e a tecnicização do cuidado; (2) a evolução da organização do orçamento, cada vez mais restrita e orientada para uma lógica de rentabilidade; (3) a exclusão dos principais sistemas de seguro de saúde de determinados grupos precários entre estrangeiros. Os dois primeiros fenômenos levam a reduzir a função social do hospital e tendem a excluir os pacientes mais pobres dos sistemas de saúde. Estes estão cada vez mais ligados à prática médica geral, aos serviços de saúde pública e serviços especializados para atender aqueles em situação precária. O estudo dos cuidados dos pobres no hospital público exige em primeiro lugar identificar os locais dentro da instituição em que eles principalmente se rendem e, por outro lado, os mecanismos que levam à exclusão de determinados grupos de sistemas de proteção contra doenças e o sistema de saúde. Enfim, a análise da função social no hospital moderno mostra que as desigualdades sociais na saúde são inerentes na operação do hospital público moderno.

Assim, muitas obras sociológicas interessadas na operação do hospital mostraram que esta instituição produziu disparidades em detrimento das classes sociais mais baixas. Vimos também que alguns serviços particularmente acolhem os pacientes mais modestos, descartados aos montes do sistema clássico de cuidados de saúde. O que a sociologia pode nos dizer destes lugares especializados no atendimento às comunidades pobres no hospital público? Isso é o que veremos no resto deste artigo, tomando o exemplo do PASS.

A análise do tratamento da questão social em saúde e o governo dos pobres pelo exemplo do PASS

A “questão social” é uma aporia fundamental sobre a qual uma sociedade experimenta o enigma de sua coesão e tenta afastar o risco de fratura. É um desafio que pergunta, questiona a capacidade de uma sociedade [...] de existir como um todo ligado por relações de interdependência. (Castel, 2007, p. 25)

Trazendo à tona a ação da sociedade para integrar as pessoas no campo da saúde, os centros de acesso

à saúde (PASS) nos traz a questão sobre as funções da presente ação em termos de regulamentação da ordem social e do governo das populações acolhidas.

O estudo da questão social contemporânea espelha a exclusão social com outra noção que apareceu na década de 1980, a da precariedade. O diagnóstico desta nova “questão social” vincula a precariedade e a exclusão social a riscos e à insegurança. Isso constitui desde então a principal maneira de ler a “fratura social” (Gauchet, 2005) que ameaça a coesão da sociedade, desde a crise econômica estrutural que se instaurou após os choques petrolíferos de 1973 e 1979 e o fim dos Trinta Anos Gloriosos, e de destacar a crença no mercado para a equalização das condições prometida pela ascensão do Estado-Providência.

A precariedade é entendida como “a ausência de um ou mais dispositivos de segurança, tais como emprego, permitindo que os indivíduos e as famílias assumam suas obrigações profissionais, familiares e sociais, e desfrutar de seus direitos fundamentais” (Wresinski, 1987, p. 6). Mais do que o entendimento do fenômeno da pobreza como exclusivamente monetário e como um estado congelado no tempo, a precariedade é vista como um processo dinâmico e inclui todos os aspectos da vida social: habitação, família, trabalho, saúde etc. A precarização das diferentes áreas da vida leva à desfiliação e à exclusão social.

As políticas de seguro, visando proteger a sociedade de certos riscos contra uma taxa, têm dominado a ação do Estado social no século XX, até a década de 1980. Agregada ao trabalho assalariado, a eficiência de seguros tem sido questionada com a chegada do desemprego galopante na mesma década. As políticas de assistência são então submetidas ao gosto do dia. Elas são o modo de governo dos pobres dominante nas políticas públicas que buscam o “combate à exclusão”, desde a década de 1980. Elas visam trazer um alívio ou assistência (sob a forma de benefícios monetários, de bens ou de serviços) para proteger uma área da vida dos indivíduos e para interromper um processo de exclusão. Os centros de acesso à saúde são diretamente parte do movimento de fortalecer essas

políticas assistenciais, focando populações em risco de exclusão.

O PASS: uma estrutura assistencial

O PASS é uma estrutura assistencial arquetípica, fornecedora de uma assistência pontual que só pode ser obtida sob certas condições (pobreza e doença) e após uma análise individual pelo médico e/ou assistente social. A ajuda, portanto, é distribuída caso a caso, estabelecendo uma dimensão de controle e permitindo um excelente trabalho de tradução das categorias administrativas e de atribuição de identidades (Dubois, 2010).

O centro de acesso à saúde funciona com um sistema de senhas organizado localmente que marca os limites de tempo e lugar: a ajuda está disponível apenas no hospital onde a senha é emitida (limitando a liberdade do paciente e seu poder de barganha) e somente em um tempo limitado (seja em um ato ou um período, geralmente de um mês). Por outro lado, a assistência não pode exceder o tempo da doença; não se pode teoricamente obter os serviços do PASS se estiver saudável. O sistema de senha também enfatiza o caráter excepcional e limitado do atendimento (ela não pode ser distribuída a todos). Seu funcionamento implica que uma escolha seja alcançada entre os beneficiários: alguns serão integrados ao dispositivo (e receberão cuidados e medicação) e outros serão excluídos. Esta última característica introduziu uma função de triagem no acesso ao dispositivo entre pacientes legítimos e outros ilegítimos.⁶

O PASS, como uma estrutura de apoio, é uma porta de entrada para o sistema de direito comum. Ele busca inserir seus pacientes nos sistemas de saúde dos quais eles estão longe. Esta afirmação separa imediatamente o PASS do direito comum, ou seja, o sistema de saúde regular. É projetado como uma porta de entrada que supera temporariamente e de modo excepcional a falta de acesso aos cuidados de saúde. A inclusão de pacientes no sistema de saúde regular, portanto, é a condição *sine qua non* da atividade do PASS. Entretanto, como vimos na seção anterior, as causas de exclusão

6 Caroline Izambert (2016) mostrou que a triagem de pacientes precários no hospital não ocorre somente no PASS, mas também se desdobra em outros serviços hospitalares.

do sistema tradicionais de cuidados de saúde são estruturais (exclusão de determinadas categorias dos mecanismos de proteção contra doença, redução da função social do hospital, reformas de sistemas de proteção social em detrimento dos mais pobres etc.). Isso tem como resultado o freio da missão de inserção do PASS, que nem sempre funciona.

O governo pela assistência

Muitos trabalhos em ciências sociais têm mostrado as características da modalidade do governo pela assistência e os efeitos contrários aos exibidos em termos de integração e coesão social que ele produz. Assim, o processo “de individualização da lei e das proteções” que evidenciam a renovação das políticas de apoio, identificado por Robert Castel, tendem a responsabilizar os desfiliaados, em vez de questionar os movimentos estruturais que levam a sua exclusão (Castel, 2007, p. 766). Privilegiando os critérios submetidos à apreciação em detrimento dos critérios de direito e das contrapartes em termos de “inserção” (busca por trabalho, abordagens administrativas etc.), estes benefícios introduzem uma noção de mérito em seus mecanismos de atribuição e distinguem os pobres merecedores daqueles que não o são (e por extensão os “pobres legítimos a receber assistência” dos “pobres ilegítimos”). Neste cenário, a assistência moderna moraliza os pobres e lhes “atribui identidades” (que se encaixam em um espectro desde o “bom pobre” ao “mau pobre”). Ela também mantém uma suspeita para proteger seus benefícios de “abusos” exercidos pelos reclamantes ilegítimos e, portanto, mantém uma dominância social para essas populações. Finalmente, Castel identifica os critérios de inclusão próprios aos dispositivos de assistência. Entre eles, retemos naquele de associação comunitária ou critério de proximidade. As estruturas de proteção que ministram assistência assim se ocupam em prioridade das pessoas de sua comunidade (tantos dispositivos de assistência só são voltados para quem pode demonstrar seu pertencimento a uma

comunidade, região, ou como o PASS, a um país) (Castel, 2007, p. 62 e ss.).

Vincent Dubois, por sua vez, destacou o papel essencial dos *burocratas “de rua”* (oficiais dessas administrações diretamente em contato com o público) na execução destas políticas, em que eles jogam como “empresários morais”. Eles dispõem de margem significativa de flexibilidade na interpretação das regras, dando-lhes um poder discricionário e atribuindo apoio incerto (Dubois, 2010). A assistência moderna se renova a partir de uma antiga tradição, controlando comportamentos e inculcando normas de boas condutas. Vários estudos etnográficos destacam o papel essencial que os conjuntos de valores colocam em cena, sentimentos e emoções neste governo de base que mostram a centralidade de uma “economia moral”⁷ na área de assistência. Ela contém uma tensão fundamental e historicamente enraizada entre uma função de suporte e integração por um lado e uma função de controle e repressão por outro, entre inclusão e exclusão (Castel, 2007; Foucault, 2009; Foucault et al., 1979; Geremek, 2010). Longe de entrar em contradição com as reformas gerenciais e as restrições de orçamento que as diferentes administrações públicas do Estado social estão familiarizadas, a assistência se adapta em sua forma moderna às regras da *new public management*, ou mesmo é redefinida de acordo com estes últimos (Gabarró, 2012; Martin, 2016; Siblot, 2005).

Há poucos estudos abordando esse assunto no campo da saúde. Daniel Cefaï e Edouard Gardella (2011) estavam interessados no dispositivo de assistência médico-social do Samusocial em Paris para descrever “a emergência social em ação” e entender a implementação dessa política social nesse contexto. Graças a uma “etnografia moral”, eles descrevem em especial a emergência como uma técnica de governo dos desabrigados e restaurando suas dimensões políticas e morais. Isabelle Parizot (2003) realizou uma pesquisa analisando a assistência médico-social aos mais pobres em dois tipos de centros de saúde gratuitos: o PASS e clínicas comunitárias dos Médicos do Mundo. Usando uma classificação

7 Para Didier Fassin, uma “economia moral corresponde à produção, distribuição, circulação e utilização das emoções e dos valores, normas e obrigações no espaço social” (Fassin; Eideliman, 2012, p. 12).

de diferentes “carreiras morais dos assistidos”,⁸ ela estudou as relações sociais em torno de processos de identidade e descreveu as experiências vividas que engendram o uso desses lugares: “As experiências vividas pelos pacientes aparecem intimamente ligadas à sua capacidade de lidar com o descrédito da assistência. A assistência médico-social é de fato uma experiência estigmatizada, levando para um caminho institucional particular” (Parizot, 2003, p. 251-252).

O autor conclui seu estudo sugerindo que se a assistência (no ambiente associativo e hospitalar) desacredita e estigmatiza seus usuários de um lado, ela ajuda a produzir o laço social e a atualizar uma solidariedade de proximidade de outro. Entretanto pouquíssimos elementos permitem capturar o lado da assistência que reproduz as desigualdades sociais em saúde e contribui para o domínio dos grupos sociais aos quais ela é destinada, estratificando o sistema de saúde em diferentes níveis. Ambos os “universos simbólicos” – distintos da assistência em saúde que ela descreve –, um “médico” (vigente no hospital) e o outro “humanista” (ocorrendo no mundo associativo), não levam suficientemente em conta as divisões dentro do espaço hospitalar ou outros fatores (incluindo organizacionais e orçamentários, mas não somente) ainda essenciais para compreender as normas e os valores que guiam a ação nos PASS.

A pesquisa empírica que realizamos nos PASS ajudou a identificar algumas características do governo assistencial no campo da saúde. Primeiramente, ele é organizado em torno de uma forte tensão entre inclusão e exclusão. Os critérios de elegibilidade de pacientes para integrar o dispositivo do PASS são avaliados tanto pela gestão hospitalar quanto pelos profissionais que atuam na estrutura (médicos e assistentes sociais). O critério de proximidade com a sociedade francesa desempenha nesse cenário um papel central. Primeiramente ele é medido pela autorização de residência (ou pela falta dela) e direitos sociais que a acompanham. Quanto mais o status de residência for identificado como indicativo de uma falta

(de vontade) de integração na sociedade francesa (como um visto de turista), mais pacientes serão identificados como “migrantes ruins”, que vêm “desfrutar” da gratuidade do sistema de saúde francês. Os contornos da assistência no campo da saúde são intimamente relacionados com a definição de cidadania, se tornando uma forma de direito à integração a saúde carregado pelo Estado, seus hospitais e seu seguro de saúde (ver em especial Carde, 2009; Izambert, 2010; Geeraert, 2017a). Paradoxalmente, no PASS isso não é a ausência de um estatuto jurídico que impede o acesso a este direito – pelo contrário, ele abre o acesso porque é identificado por profissionais como pertencentes à categoria de “migrantes em situação irregular vivendo na França” (e portanto respondendo ao critério de proximidade da assistência) –, mas sim algumas formas de cidadania instáveis que indicam uma precariedade administrativa importante (Geeraert, 2016). Assim, o estudo da dimensão assistencial do PASS revela que o tratamento da questão social também tem como objeto uma regulamentação do fluxo de estrangeiros ligados a questões de saúde. O PASS é a ferramenta de uma governabilidade pragmática que permite controlar e manter em boa saúde determinadas categorias da população localizadas na margem e fora de cidadania e da sociedade (mas presente no território). Assim, contém potenciais tensões sociais que conduzem a uma exclusão completa do sistema de saúde e ao mesmo tempo cria uma certa subordinação destes pacientes à sociedade francesa.

O grau de abertura dos critérios de inclusão e exclusão nas margens da assistência depende dos dispositivos morais dos profissionais. Estes são construídos individualmente de acordo com o *habitus* e as trajetórias sociais. De forma bastante próxima com o que Alexis Spire tem analisado (2008) nas prefeituras, os profissionais dos PASS veem em seu trabalho uma função de aplicação da lei dentro do sistema de proteção social: proteger contra fraude e abuso e reconhecer os pacientes merecedores de ajuda.⁹

8 Isabelle Parizot toma emprestado esse conceito de Serge Paugam (2009), que o usa em sua análise da nova pobreza.

9 O governo da migração pela assistência nunca se constituiu como objeto de trabalho para o nosso conhecimento. Nisto, trazemos nossa análise estudando a gestão da migração de base em outros lugares. Alexis Spire (2008) estudou os “guichês de imigração” (prefeituras, inspetores de trabalho, embaixadas francesas em outros países) e mostrou a inscrição da ação desses agentes nesses guichês na manutenção da ordem nacional. Esta última se deriva entre as ordens pública (combate à fraude), moral (evitar possíveis “abusos” de estrangeiros que ameaçam o modelo social) e econômica (“utilidade” para a comunidade francesa). Encontramos os mesmos elementos entre os profissionais do PASS.

O aumento do magistério da medicina para o governo dos pobres

O estudo do governo dos pobres no hospital, como acontece no PASS, nos convida a identificar o que Didier Fassin qualificou como “sanitarização do social”. Este fenômeno recente se refere a uma tradução de um problema social em fenômeno sanitário em que “a política pensa na linguagem médica” ou, em outras palavras, uma patologização e uma medicalização de problemas sociais (Fassin, 1998, p. 10, ver também Fassin, 1996). Este conceito é um desenvolvimento do trabalho, levando em consideração a medicalização da sociedade, ou seja, a extensão do poder da medicina na sociedade (Conrad, 1992; Illich, 1982; sobre a medicalização na França, ver Aiach; Delanoë, 1998; Panese; Barras, 2008).

Contudo, não é o que a perspectiva biopolítica traz para nossa análise. Os teóricos da biopolítica que seguiram Michel Foucault mobilizaram a distinção aristotélica entre *zoé* – a vida biológica, física, que é a mesma em animais e humanos – e *bios* – a vida humana estendida em sua dimensão política, inserida em um espaço social.¹⁰ Esta distinção permite conceituar valores diferentes conforme o que se considera a *zoé* ou a *bios*, distinção que seria de uma vida biológica – ou nua – a uma vida aumentada em suas dimensões sociais e políticas. Fassin propõe conceber a biopolítica como uma política de “vivente” no sentido usado por Georges Canguilhem (2009) (que está incluído na sua materialidade, vinculando o biológico com a vida experiencial) (Fassin, 2006). Graças a essa expansão, Fassin descreveu a “razão humanitária”, este modo de governo da questão social baseado em sentimentos morais, como compaixão, um nível de legitimidade do sofrimento e uma proteção da vida em sua dimensão sagrada (Fassin, 2010). Este último é baseado em uma concepção de governo biopolítico moral protegendo a *zoé* – que ele chamou de biolegitimidade.

Miriam Ticktin, em seu livro *Casualties of care*, estuda as políticas de imigração francesa desde

o final da década de 1990, defendendo uma ideia semelhante: a crescente influência de um modo de governo da migração em uma maneira humanitária (temporalidade da urgência, a centralidade da compaixão e do sofrimento etc.). Em particular, ela mostra que a focalização da exceção humanitária no sofrimento tende a reduzir a assistência em torno da preservação da vida biológica (*zoé*) em detrimento de um reconhecimento da vida política e socialmente constituída (*bios*). A cláusula humanitária permitindo que estrangeiros doentes possam obter uma autorização de residência temporária, por exemplo, não concede automaticamente permissão para trabalhar. Esses estrangeiros doentes obtêm então de alguma forma um “direito de não morrer”, sem lhes ser associado direitos políticos (Ticktin, 2011). Nesses resultados, questionamos a que ponto o PASS participa de “governo humanitário” que se insere em um universo moral, protegendo primeiramente a vida biológica em detrimento da vida dos pacientes estendida em suas dimensões políticas e sociais.

A razão humanitária, introduzindo uma política compassiva que valoriza a inocência e o sofrimento, leva, a partir do critério mencionado, a instalar um regime de exceção para as extremidades da solidariedade assistencial ao PASS. Assim, a inclusão de pacientes que não preenchem os critérios clássicos de assistência, sendo assim não imediatamente legítimos para serem atendidos pelo PASS (tais como os pacientes que não se encaixam no critério de proximidade, por exemplo), depende da compaixão que sua história suscitar entre os profissionais do PASS pessoalmente, cara a cara. Quanto menos compaixão a história gerar (porque o profissional não reconhecerá o sofrimento como legítimo), menos chances o paciente terá de ser atendido e cuidado. Este regime de exceção, guiado pela emoção e moral produz a diferença entre migrantes, opondo-se à igualdade de tratamento. Uma economia moral se substitui à economia política quando o último falha a fim de justificar a exclusão de alguns pacientes pela condenação moral (categorizado como maus pobres

¹⁰ A distinção entre *zoé* e *bios* foi mobilizada e concebida na filosofia moderna por Hannah Arendt (1988) e recuperada por Giorgio Agamben, que a aplicou ao conceito foucaultiano de biopolítica para explicar seu conceito da *vida nua*. Agamben (1997, p. 17) explica que a modernidade questionou a diferença e a lacuna entre *zoé* e *bios*, entrando “numa zona de indiferenciação irredutível” que tornaria possível o totalitarismo.

ou maus migrantes, ver Geeraert, 2016) e esconder os aspectos históricos e políticos.

Valores da vida à geometria variável

A investigação empírica nos PASS mostrou outra dimensão diretamente relacionada com a concepção de vida atribuída aos pacientes pelo sistema hospitalar. Dois casos ilustram os recursos do governo biopolítico que ocorre no PASS. O primeiro é quando o centro de acesso à saúde falha em seu papel de inserção, ou seja, quando não é mais uma porta de entrada, mas a única estrutura pública de acesso aos cuidados de saúde. A segunda é a falha da função de inclusão no sentido predominante do termo, ou seja, quando o PASS – última linha de segurança pública – exclui definitivamente o paciente. Estes dois casos correspondem a dois níveis de estratificação, o primeiro a uma integração limitada ou “restrita” (Chauvin, 2009) e o segundo, mais radical, a exclusão ou banimento (quando a *zoé*, a vida biológica, não é mais protegida).

Quando a missão de inserção não está funcionando e os pacientes estão presos no sistema do PASS, ela então consolida um sistema de saúde estratificado que representaria um dos últimos estágios reservados para os menos desejáveis. O PASS se torna uma estrutura paralela ao direito comum que tenta substituí-lo por poucos meios e encarna uma segunda engrenagem do sistema de saúde para pessoas excluídas pela sociedade.

O PASS é um espaço exclusivo no hospital. É um lugar onde as práticas de cuidado cotidianas não são vigentes. Os pacientes percebem seu tratamento diferenciado em seu atendimento em relação aos habituais pacientes do hospital. Certamente, eles podem obter suporte para sua situação social e cultural (acompanhamento social, serviço de interpretação etc.). Mas, além desta discriminação positiva, os pacientes sem plano de saúde do PASS estão cientes de um racionamento dos cuidados: exames diferentes (biológicos, radiológicos etc.) e os medicamentos são distribuídos a conta-gotas, muitas vezes diferidos no tempo quando possível. No PASS,

o paciente só pode receber os cuidados disponíveis no hospital. A lista de medicamentos disponíveis para pacientes do PASS é limitada e exclui todas as medicações consideradas de “conforto” ou cuja eficácia médica não tenha sido reconhecida pelas autoridades de saúde.

Por exemplo, se o acesso à medicina genérica, ao serviço social e aos medicamentos básicos e baratos não são questionados, todos os outros cuidados são susceptíveis de o ser, especialmente quando seu custo é alto. A primeira categoria de cuidados, que não é questionada, é legítima porque beneficia um método de financiamento que invisibiliza os custos ou diz respeito a bens cujo custo é insignificante. A ilegitimidade da segunda categoria (todos os outros cuidados) é causada por um foco em custos absolutos: expõe-se o preço dos cuidados que devem ser notificados pelo hospital (enquanto pacientes segurados, estes valores são em grande parte invisíveis e custeados pelo plano de saúde). A exposição elevada do custo dos cuidados em um contexto orçamentário limitado constrói (artificialmente) a impressão que os pacientes do PASS custam caro, mesmo que eles tenham somente um acesso reduzido aos cuidados.

O racionamento de cuidados tem algumas limitações. Distinguimos aqui dois principais regimes de exceção. O PASS como sistema de apoio contém inicialmente uma dimensão “humanitária”.¹¹ Pode ser resumida pelo título do artigo de Estelle Carde (2006), “Não deixamos ninguém morrer”, frase que volta como um *leitmotiv* na boca de seus entrevistados para indicar os limites da discriminação exercida por estes profissionais de acesso aos cuidados de seus pacientes. Esse limite de racionamento e de exclusão dos cuidados é construído usando uma representação da vida nua e torna legítimo cuidados que são necessários para a preservação da vida biológica dos pacientes quando esta é ameaçada. Reconhece-se, portanto, uma biolegitimidade em pacientes do PASS.

Uma outra limitação para o racionamento se encontra em considerações de saúde pública. O PASS participa na missão histórica de proteção contra

11 No sentido que Didier Fassin (2010) dá a este termo, ou seja, de uma ação conduzida por um imperativo moral guiado pela compaixão e o reconhecimento do sofrimento e da infelicidade em algumas pessoas.

grandes pragas e oferece suporte a todos os pacientes com doenças infecciosas e contagiosas (tuberculose ou HIV, por exemplo), e os limites da assistência e de orçamento pouco importam neste caso. A prevenção e o diagnóstico também são realizados. Esta missão da saúde pública é central para o PASS, mostrando uma outra faceta da biopolítica atual nessa estrutura. O tratamento da questão social no campo da saúde tem como objetivo proteger a sociedade como um todo contra os riscos de saúde que os “indesejáveis do sistema de saúde” podem causar. A questão social, que também se reflete no PASS, é a do governo e controle biopolíticos de grupos cuja exclusão do sistema de saúde representa um potencial perigo sanitário.

O PASS, nesta dimensão, se torna um lugar de aprender e internalizar as diferenças fundamentais, ontológicas, de alguns pacientes. Vemos emergir uma categoria de subpacientes em que se reconhece uma vida nua (a vida biológica desprovida de suas dimensões políticas), cuja proteção é medida em termos de “necessidade vital” ou “extrema gravidade”. O valor da vida dos pacientes do PASS é menor do que os pacientes integrados no sistema de cuidados de saúde primário.

Conclusão

O tratamento da questão social em saúde está enraizado em uma história plural que está longe de ser resumida em uma proteção da saúde dos mais pobres. O atendimento aos mais pobres pelo hospital público na França está intimamente ligado à questão da organização social das sociedades complexas e sua regulação. O hospital é, historicamente, uma solução para integrar grupos sociais em risco de exclusão em uma sociedade diferenciada. Mas esta função reguladora é expressa não só por solidariedade; ela contém uma tensão fundamental entre inclusão e exclusão, entre controle e repressão, por um lado, e, por outro, alívio e integração e o dever de cuidar.

A assistência aos mais pobres pelo hospital público atualmente é moldada pelas transformações no âmbito da instituição (restrições orçamentárias, especialização, redução da função social) e no sistema de proteção contra doenças (levando sua estratificação

para categorias de estrangeiros precários). A análise desse tema – pelo exemplo dos centros de acesso à saúde – sob a perspectiva do governo assistencial e da biopolítica nos permite identificar várias características do tratamento da questão social, como acontece no hospital público francês.

Podemos trazer à tona três principais funções do governo no PASS. Primeiramente, uma função humanitária, para proteger a vida nua desses grupos dominados, assegurando-lhes uma biolegitimidade. Em seguida, uma função de triagem, caracterizada pela inclusão e exclusão, que visa separar os migrantes legítimos e merecedores dos migrantes ilegítimos. A esta atividade pode-se acrescentar a inserção de migrantes legítimos no sistema de saúde, permitindo garantir a boa saúde contínua de grupos em risco de exclusão social. Finalmente, uma missão de saúde pública de atender pacientes com doenças infecciosas e transmissíveis. Todas essas funções são perpassadas por preocupações orçamentárias que estruturam modos de suporte dentro de um movimento mais geral de uma mudança neogestional.

A biopolítica da questão social é construída em torno de uma “montagem” complicada que mistura cidadania, políticas econômicas, políticas de saúde pública e acesso aos cuidados. O modo de exercer o poder é caracterizado por um governo de base que é feito pelos profissionais da área durante as interações com os pacientes. Isso coloca em cena uma economia moral baseada em representações do que é bom e ruim para a sociedade.

Referências

- AGAMBEN, G. *Homo sacer: le pouvoir souverain et la vie nue*. Paris: Seuil, 1997.
- AIACH, P.; DELANOË, D. (Org.). *L'ère de la médicalisation*. Paris: Economica, 1998.
- ARENDT, H. *Condition de l'homme moderne*. Paris: Pocket, 1988.
- BELORGEY, N. *L'hôpital sous pression*. Paris: La Découverte, 2010.
- BENAMOUZIG, D. *La santé au miroir de l'économie: une histoire de l'économie de la santé en France*. Paris: PUF, 2005.

- BEZES, P. État, experts et savoirs néo-managériaux: les producteurs et diffuseurs du New Public Management en France depuis les années 1970. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Paris, v. 193, n. 3, p. 16-37, 2012.
- BORGETTO, M. Santé et action sociale: d'hier à aujourd'hui. *Les Tribunes de la Santé*, Paris, v. 38, n. 1, p. 29-40, 2013.
- CANGUILHEM, G. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF, 2009.
- CARDE, E. "On ne laisse mourir personne": les discriminations dans l'accès aux soins, *Travailler*, Paris, n. 2, p. 57-80, 2006.
- CARDE, E. Quinze ans de réforme de l'accès à une couverture maladie des sans-papiers: de l'Aide sociale aux politiques d'immigration. *Mouvements*, Paris, v. 59, n. 3, p. 143-156, 2009.
- CASTEL, R. *Les métamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat*. Paris: Gallimard, 2007.
- CASTEL, R. *La montée des incertitudes: travail, protections, statut de l'individu*. Paris: Seuil, 2009.
- CEFAÏ, D.; GARDELLA, É. *L'urgence sociale en action: ethnographie du Samu social de Paris*. Paris: la Découverte, 2011.
- CHAUVENET, A. Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers. *Revue Française de Sociologie*, Paris, v. 14, n. 1, p. 61-76, 1973.
- CHAUVIN, S. En attendant les papiers: l'affiliation bridée des migrants irréguliers aux États-Unis. *Politix*, Paris, v. 87, n. 3, p. 47-69, 2009.
- COLOMBO, F.; MORGAN, D. Évolution des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE. *Revue Française des Affaires Sociales*, Paris, n. 2-3, p. 19-42, 2006.
- CONRAD, P. *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press, 1992.
- DODIER, N.; CAMUS, A. L'hospitalité de l'hôpital. *Communications*, Lyon, v. 65, n. 1, p. 109-119, 1997.
- DODIER, N.; CAMUS, A. Openness and specialisation: dealing with patients in a hospital emergency service. *Sociology of Health and Illness*, Hoboken, v. 20, n. 4, p. 413-444, 1998.
- DOMIN, J.-P. La nouvelle gouvernance ou le couronnement de vingt ans de réformes hospitalières. *Économies et Sociétés*, Paris, n. 8, p. 459-487, 2007.
- DUBOIS, V. *La vie au guichet: relation administrative et traitement de la misère*. Paris: Economica, 2010.
- FASSIN, D. *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*. Paris: Presses Universitaires de France, 1996.
- FASSIN, D. Les politiques de la médicalisation. In: AÏACH, P.; DELANOË, D. *L'ère de la médicalisation*. Paris: Economica, 1998. p. 1-13.
- FASSIN, D. La biopolitique n'est pas une politique de la vie. *Sociologie et Sociétés*, Montreal, v. 38, n. 2, p. 35-48, 2006.
- FASSIN, D. *La raison humanitaire: une histoire morale du temps présent*. Paris: Gallimard: Seuil, 2010.
- FASSIN, D.; COSTA-LASCOUX, J.; HILY, M.-A. L'altérité de l'épidémie: les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration. *Revue Européenne de Migrations Internationales*, Poitiers, v. 17, n. 2, p. 139-151, 2001.
- FASSIN, D.; EIDELIMAN, J.-S. Introduction: defense et illustrations des économies morales. In: FASSIN, D.; EIDELIMAN, J.-S. (Dir.). *Économies morales contemporaines*. Paris: La Découverte, 2012. p. 9-18.
- FASSIN, D.; MEMMI, D. (Eds.). *Le gouvernement des corps*. Paris: EHESS, 2004.
- FOSSIER, A. Le grand renfermement. *Tracés: Revue de Sciences Humaines*, Lyon, n. 1, 2002.
- FOUCAULT M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard, 1976a.
- FOUCAULT, M. *Histoire de la sexualité I: la volonté de savoir*. Paris: Gallimard, 1976b.
- FOUCAULT, M. *Naissance de la biopolitique: cours au Collège de France (1978-1979)*. Paris: EHESS, 2004.

- FOUCAULT, M. *Naissance de la clinique*. Paris: Presses Universitaires de France, 2009.
- FOUCAULT, M. et al. *Les machines à guérir: aux origines de l'hôpital moderne*. Bruxelles: P. Mardaga, 1979.
- GABARRO, C. Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, Poitiers, v. 28, n. 2, p. 35-56, 2012.
- GAUCHET, M. *Le désenchantement du monde: une histoire politique de la religion*. Paris: Gallimard, 2005.
- GEERAERT, J. Le touriste et le réfugié. *Cliniques Méditerranéennes*, Toulouse, n. 94, p. 69-82, 2016.
- GEERAERT, J. Healthcare reforms and the creation of ex-/included categories of patients: "irregular migrants" and the "undesirable" in the French Healthcare System. *International Migration*, Hoboken, v. 56, n. 2, p. 68-81, 2017a.
- GEERAERT, J. *La question sociale en santé: l'hôpital public et l'accès aux soins des personnes en marge du système de santé en France à l'aube du XXI^e siècle*. 2017. Tese (Doutorado em Sociologia) - Université Paris 13, Villetaneuse, 2017b.
- GEREMEK, B. *La potence ou la pitié: l'Europe et les pauvres du Moyen Âge à nos jours*. Paris: Gallimard, 2010.
- GORI, R.; DEL VOLGO, M.-J. *La santé totalitaire: essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris: Flammarion, 2009.
- HERZLICH, C. Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière. *Revue Française de Sociologie*, Paris, v. 14, n. 1, p. 41-59, 1973.
- ILLICH, I. *Medical nemesis: the expropriation of health*. New York: Pantheon Books, 1982.
- IMBERT, J. *Les hôpitaux en France*. Paris: Presses Universitaires de France, 1966.
- IMBERT, J.; MOLLAT, M. *Histoire des hôpitaux en France*. Toulouse: Privat, 1982.
- IZAMBERT, C. 30 ans de régressions dans l'accès aux soins. *Plein Droit*, Paris, v. 3, n. 86, p. 5-9, 2010.
- IZAMBERT, C. Logiques de tri et discriminations à l'hôpital public: vers une nouvelle morale hospitalière? *Agone*, Marseille, n. 58, p. 89-104, 2016.
- JAMOUS, H. *Sociologie de la décision: la réforme des études médicales et des structures hospitalières*. Paris: CNRS, 1969.
- LE GARREC, M.-A.; KOUBI, M.; FENINA, A. 60 années de dépenses de santé: une rétopolation des Comptes de la santé de 1950 à 2010. *Études et Résultats*, Paris, n. 831, p. 1-8, 2013.
- MARTIN, P. *Les métamorphoses de l'assurance maladie: conversion managériale et nouveau gouvernement des pauvres*. Rennes: PUR, 2016.
- OMS - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*. New York, 1946. n. 2.
- PANESE, F.; BARRAS, V. Médicalisation de la "vie" et reconfigurations médicales. *Revue des Sciences Sociales*, Strasbourg, n. 39, p. 20-29, 2008.
- PARIZOT, I. *Soigner les exclus: identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*. Paris: Presses Universitaires de France, 2003.
- PAUGAM, S. *La disqualification sociale: essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris: PUF, 2009.
- PIERRU, F. *Hippocrate malade de ses réformes*. Bellecombe-en-Bauges: Croquant, 2007.
- SIBLOT, Y. "Adapter" les services publics aux habitants des "quartiers difficiles": diagnostics misérabilistes et réformes libérales. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Paris, v. 159, n. 4, p. 70-87, 2005.
- SIBLOT, Y. *Faire valoir ses droits au quotidien: les services publics dans les quartiers populaires*. Paris: Presses de Science, 2006.
- SICARD, D.; LE PEN, C. *Santé: l'heure des choix*. Paris: Desclée de Brouwer, 2004.
- SPIRE, A. *Accueillir ou reconduire: enquête sur les guichets de l'immigration*. Paris: Raisons d'Agir, 2008.

STEUDLER, F. Hôpital, profession médicale et politique hospitalière. *Revue Française de Sociologie*, Paris, v. 14, n. 1, p. 13-40, 1973.

TICKTIN, M. *Casualties of care: immigration and the politics of humanitarianism in France*. Berkeley: University of California Press, 2011.

VASSY, C.; RENARD, F. Quels malades pour l'hôpital public? Deux stratégies de segmentation, *Gérer et Comprendre*, Paris, n. 27, p. 29-39, 1992.

WRESINSKI, J. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Paris: Conseil Économique et Social, 1987.

Recebido: 07/06/2018

Aprovado: 30/06/2018