

Universidade de Brasília
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares
Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Cidadania

RAFAELLA PINHEIRO CESARIO

**INÉDITO VIÁVEL NO CONSULTÓRIO NA RUA:
a com-vivência como práxis de educação em e para direitos humanos**

Brasília – DF
2019

Rafaella Pinheiro Cesario

**INÉDITO VIÁVEL NO CONSULTÓRIO NA RUA:
a com-vivência como práxis de educação em e para direitos humanos**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direitos Humanos e Cidadania do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília, como requisito à obtenção do título de Mestra em Direitos Humanos e Cidadania.

Orientadora: Lúcia Helena Cavasin Zabotto Pulino

Brasília – DF
2019

Rafaella Pinheiro Cesario

**INÉDITO VIÁVEL NO CONSULTÓRIO NA RUA:
a com-vivência como práxis de educação em e para direitos humanos**

Esta dissertação foi julgada e aprovada em sua forma final pelo orientador e pelos demais membros da Banca Examinadora, composta pelos seguintes professores:

Profa. Dra. Lúcia Helena Cavasin Zabotto Pulino
Universidade de Brasília - UnB

Fátima Lucila
Universidade de Brasília - UnB

Wanderson Flor do Nascimento
Universidade de Brasília - UnB

Regina Sucupira Pedroza
Universidade de Brasília - UnB

Aprovado em: 15 de julho de 2019

Brasília – DF
2019

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais por terem me ensinado a sonhar. Agradeço que cada um, a sua maneira, me ensinou valores e me proporcionou a segurança afetiva e material que me permitiram sonhar. Agradeço à minha mãe por me ensinar que amar é ter responsabilidade, e foi graças a isso que pude passar do sonhar para o realizar, do falar para a práxis. Agradeço, ainda, todas as ferramentas que ela me deu para carregar no coração-bolsa e que são necessárias para lidar com a vida. Agradeço ao meu pai, que me ensinou a jamais me vender e que a verdade é o único caminho digno. As palavras expressas são poucas para descrever tudo o que vocês fizeram e fazem por mim. Essa dissertação não seria possível sem todo esse apoio e amor incondicional.

Agradeço ao meu amor, amigo, companheiro e espelho, Diego. Obrigada por estar ao meu lado durante toda essa jornada, nos momentos fáceis, e principalmente nos difíceis. Obrigada por sempre acreditar em mim e no meu potencial, e por termos conseguido construir um relacionamento, no qual posso me enxergar e crescer. Obrigada por me proporcionar muito do amor que eu tento semear.

Agradeço aos meus irmãos, que são também meus melhores amigos. É fundamental para mim saber que há pessoas com quem possa revelar tanto meu lado luminoso como sombrio e ser amada igualmente. Agradeço ao Philipe por podermos sempre conversar sobre tudo e qualquer coisa e por ser um porto seguro para mim. Agradeço ao Lucas, por me dar a oportunidade de acompanhar e fazer parte de seu crescimento, não só físico, mas moral e emocional. Orgulho-me muito de vocês e da nossa relação.

Agradeço a minha família, esteio da minha vida, como um todo. Agradeço aos meus avós por serem exemplos de moralidade, de amor, de perseverança e crescimento, e por todo o afeto que me deram. Agradeço por ter mais um lar que me resguarda, onde posso me recolher e me reabastecer de amor para poder seguir dando amor. Agradeço aos meus tios e primos, que, tão diferentes entre si, desde sempre me ensinaram a apreciar a diversidade e a riqueza que dela advém. Agradeço pelo apoio, pelas casas abertas, pelas conversas, pelos valores e pelo amor. Agradeço, ainda, pelos “quase-pais”, Raquel e Luciano, que recebi da vida e que meus pais escolheram tão bem. Indescritível ser tão abençoada por não ter somente os pais maravilhosos de quem nasci, mas também “quase-pais” que, acima de tudo, são amigos, torcem por mim e fazem meus pais felizes. Agradeço a Duna, filhote e companheira de estudos, presença que me acalenta.

Agradeço também aos meus mestres que durante esse caminhar me instigaram, questionaram, criticaram, apostaram em mim e contribuíram com a generosidade de compartilhar não só a sabedoria, mas as frustrações e dúvidas. Agradeço àqueles da graduação que permaneceram relevantes nesse meu caminhar. Agradeço à Tânia por me ensinar a importância do conviver para cuidar. Agradeço mais ainda por seu exemplo de comprometimento e engajamento naquilo que acredita e por ter confiado a mim, e tantos outros, “usar seu nome” para aprender nos CAPS cada dia mais a ser a profissional que almejo ser. Agradeço ao Leonardo que permaneceu orientador, mas agora na qualidade de amigo. Obrigada por apostar em mim, por compartilhar comigo seus textos e ideias; por me ensinar a fazer “Psicologia” de um jeito que eu não sabia que poderia ser possível, mas que agora é “A Psicologia” em que acredito. Obrigada por me mostrar o caminho das pedras. Obrigada à Regina que, ao longo desse semestre, me ensinou a arte de ensinar sem tutelar. Obrigada à Lúcia pela absoluta liberdade.

Agradeço aos amigos que nos momentos em que deixei de acreditar em mim continuaram acreditando até que eu conseguisse voltar a acreditar. Obrigada Aninha, Stef, Mari, Fabi. Que nossos caminhos possam seguir se entrelaçando e que possamos seguir crescendo com e a partir umas das outras.

Agradeço aos colegas que viraram amigos e que, cada um, a partir da sua jornada nessa luta pelos direitos humanos, me ensinou a lutar. Agradeço especialmente ao Isaac que, no pouco tempo de convivência, ensinou tanto com sua grandeza. A semente que você plantou, segue aqui. Aos Pops pela pertença, encorajamento e compartilhamento dessa paixão que nos move.

Agradeço a todos no Consultório na Rua que me receberam, mais uma vez, de braços abertos. Agradeço pela troca, pelo afeto, pela luta que lutamos juntos. Obrigada a todos os usuários do serviço que dividiram suas histórias, anseios e sonhos comigo. É só porque todos sonhamos juntos que essa dissertação virou realidade.

Não posso deixar de agradecer, também, toda a ajuda no cotidiano, mas que, para além disso, se transformou em amizade que ultrapassa as diferenças de estrato social. Obrigada por torcerem por mim, cuidarem de mim e rezarem por mim: Dedé, Santana, Hélio, Roze, Neide, Dona Vania, Seu Luís, Chico (*in memorium*), Tonho, Romão e todos aqueles que me faltaram à memória nesse momento de correria.

Gosto de ser homem, de ser gente, porque sei que minha passagem pelo mundo não é predeterminada, preestabelecida. Que meu “destino” não é um dado, mas algo que precisa ser feito e de cuja responsabilidade não posso me eximir. Gosto de ser gente porque a história em que me faço com os outros e de cuja feitura tomo parte é um tempo de possibilidades e não de determinismo. Daí que insista tanto na problematização do futuro e recuso sua inexorabilidade.

Paulo Freire

RESUMO

Esta pesquisa voltou-se à compreensão das relações de poder e forças instituídas, que perpetuam a opressão, dominação e exclusão da população em situação de rua, assim como as forças instituintes, que traçam linhas de fuga emancipatórias rumo à promoção da autonomia e à construção de sujeitos de direitos, que se fazem presentes na trama institucional do Consultório na Rua, estratégia da Atenção Básica voltada para prestar cuidados à população em situação de rua. Para tal, foi realizada uma pesquisa-intervenção cartográfica para desembaraçar as linhas do dispositivo clínico Consultório na Rua e foram utilizados conceitos-ferramentas da Análise Institucional de forma a identificar as forças e fluxos instituídos e instituintes presentes nesse campo de subjetivação. Como instrumentos-ferramentas de pesquisa foram utilizados o diário de campo como dispositivo de análise do campo e de análise da implicação e entrevistas semiestruturadas para aprofundar aspectos evidenciados pelos analisadores suscitados pela vivência no campo. Inspirei-me no conceito de utopia de Paulo Freire, que a define como unidade dialética entre denúncia e anúncio, para tecer uma crítica imanente e, a partir desta, identificar inéditos viáveis capazes de contribuir para o fortalecimento da função social do Consultório na Rua. A partir da perspectiva foucaultiana de poder e subjetivação, em diálogo com pensadores que revisitam sua teoria, denunciaram-se as forças tanatopolíticas e disciplinares perpetuadas pela organização da oferta do cuidado e práticas profissionais. Partindo das contribuições da pedagogia crítica de Paulo Freire, da perspectiva crítica de direitos humanos e da educação em direitos humanos, anunciou-se a potência das práticas profissionais ancoradas em desenhos de cuidado que desafiam as relações instituídas de poder e engendram linhas de fugas emancipatórias. Por fim, identificou-se a com-vivência como um inédito viável, como práxis em e para direitos humanos que articula as dimensões ético-político-clínicas do cuidado.

Palavras-chave: População em Situação de Rua. Consultório na Rua. Tanatopolítica. Disciplina. Ética. Política. Cuidado.

ABSTRACT

This research aimed to comprehend the instituted power relations and forces, which perpetrate the oppression, domination and exclusion of the homeless, as well as the instituting forces that draw diverging lines towards the promotion of autonomy and the construction of subject of rights, which are present in Consultório na Rua's, a health public policy designed to care for the homeless, everyday institutional practice. A cartographic intervention research was carried out to unravel the lines that constitute the Consultório na Rua/Street Practice clinic dispositive. Institutional Analysis concept-tools were used in order to identify the instituted forces and flows present in this subjectivation field. The instruments-tools chosen were the field journal, used as an analytical device, and semi-structured interviews to explore aspects made evident by the analyzers raised during the field experience. Inspired by Paulo Freire's utopia concept, which is defined as the dialectical unit between denunciation and announcement, I developed an immanent critique and, from this, identified viable novelties capable of contributing to the strengthening of the Consultório na Rua's social duty. From Foucault's perspective of power and subjectivation, in dialogue with theorists who revisit his theory, the tanatopolitical and disciplinary forces perpetuated by the service's organization and professional practices were denounced. Stemming from Paulo Freire's contributions to critical pedagogy, from the human rights critical perspective and human rights education, the potency of professional practices anchored upon care devices that unsettle the instituted power relations were announced. Finally, "co-existing" was identified as a viable novelty, as a praxis that stems from and engenders human rights through its articulation of the ethical-political-clinical dimensions of care.

Key-words: Homeless. Street Practice. Tanatopolitics. Discipline. Ethics. Politics. Care.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS Transtorno – Centre de Atenção Psicossocial Transtorno Mental

CR – Consultório na Rua

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

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

DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crônica

ECR – Equipe Consultório na Rua

ESF – Estratégia Saúde da Família

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNPR – Política Nacional para a População em Situação de Rua

PSR – População em Situação de Rua

SEDEST – Secretaria de Desenvolvimento Social e Trabalho

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

PARTE I – O SONHO	10
CAPÍTULO 1: SEMENTE DE SONHO	10
1.1 <i>Sonho que se sonha junto, vira realidade</i>	22
1.2 <i>Solo fértil donde plantar sonhos</i>	36
1.3 <i>O semeio</i>	45
PARTE II – A UTOPIA.....	51
CAPÍTULO 2: A DENÚNCIA	51
2.1 <i>Barreiras para o cuidado: forças tanatopolíticas</i>	53
2.2 <i>Cuidado preso ente muros e paredes: forças disciplinares</i>	70
CAPÍTULO 3: O ANÚNCIO	88
3.1 <i>Jogando com os jogos de poder</i>	89
3.2 <i>Outro significante para a prática</i>	105
PARTE 3: O INÉDITO-VIÁVEL.....	116
CAPÍTULO 4: A COM-VIVÊNCIA COMO PRÁXIS PARA DIREITOS HUMANOS E EM DIREITOS HUMANOS	117
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	129
APÊNDICES.....	145
APÊNDICE A: ACEITE INSTITUCIONAL	146
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA	147
APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS USUÁRIOS DO CONSULTÓRIO NA RUA	150
APÊNDICE D: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA	152
APÊNDICE E: ROTEIRO DE ENTREVISTASEMIESTRUTURADA PARA OS USUÁRIOS DO CONSULTÓRIO NA RUA.....	153

PARTE I – O SONHO

Ai daqueles que pararem com sua capacidade de sonhar, de invejar sua coragem de anunciar e denunciar. Ai daqueles que, em lugar de visitar de vez em quando o amanhã pelo profundo engajamento com o hoje, com o aqui e o agora, se atrelarem a um passado de exploração e de rotina.

Paulo Freire

CAPÍTULO I – SEMENTE DE SONHO

Esta dissertação de mestrado insere-se no meu devir, no meu tornar-me psicóloga, pesquisadora e pessoa. É expressão da busca por conciliar uma tentativa de decolonizar meu pensamento e práticas com o rigor epistemológico e metodológico da academia. E é, também, o florescer da semente de um **sonho** que nem ao menos posso precisar quando exatamente foi plantada em mim. Se me propuser a uma genealogia de tal sonho, quiçá remonte à escolha do caminho profissional que me propus a trilhar, sem saber bem para onde me levaria. Ou, ainda, às escolhas ao longo deste percurso, dos estágios, metodologias e temas de pesquisa. Contudo, tais escolhas inserem-se necessariamente na caminhada mais longa do meu me fazer caminhante, isto é, do tornar-me. Ao rememorar minha infância, minha mãe refere-se a mim como a menina dos por quês. Um por que atrás do outro incansavelmente numa busca infundável pela razão de tudo. Não tomava nada como dado.

Filha de pesquisador, acompanhei desde criança meu pai em seu doutorado e pós-doutorado. Lembro-me de ver sua expressão mudar subitamente e de nos pedir para lembrá-lo de anotar “uma coisa que ele pensou e que ele precisa pôr naquela apresentação de amanhã”. Mesmo sem saber, começava a aprender que a ciência nasce da nossa inquietação perante a vida, que nossas escolhas jamais são aleatórias, que nossas opções epistemológicas, metodológicas e de objeto refletem posicionamentos éticos e políticos (GUATTARI, 1992).

Lembro-me, ainda, de outra lição ensinada por meu pai: “porque não não é resposta”, que qualquer resposta é possível, mas que para tal é preciso justificar-se. É preciso tomar partido. A vida enseja posicionar-se, assumir seu lugar de fala. A vida é, enfim, um ato político. E de política também fui me dando conta desde nova. Me lembro de deparar-me com o questionamento: se meu pai é médico, e em casa é médico e aqui – aqui era na Inglaterra, quando para lá fomos para que meu pai fizesse seu pós-doutorado – por que é que ele apenas

consegue trabalhar de faxineiro? Por que é que suas inúmeras qualificações, inúmeros anos de estudo de nada lhe servem aqui?

Arde em minha memória, até hoje, o dia em que o tema da aula de geografia, também enquanto morei na Inglaterra, foi o Brasil. O ânimo de poder falar do meu país deu lugar à revolta. A professor falava que no Brasil todos eram indígenas, que andávamos nus, que as crianças passavam os dias jogando futebol descalços pelas ruas ao invés de ir à escola. O que mais doeu, mais do que o estereótipo, mais do que o tom de superioridade com que falava, foi a repreensão quando quis explicar que não era assim, que meu país podia ser isso, mas era também muito mais. Entendi nesse dia um pouco de colonialidade. Vivi, sem entender ainda o por que, que o meu saber ali não tinha estatuto de verdade.

Quando de volta ao Brasil, não entendia porque é que tudo que fazíamos sozinhos na Inglaterra, agora tinha alguém para fazer para a gente. Não entendia porque a Dedé passava o dia cuidando de nós se ela também tinha filhos e netos seus. Quem é que cuidava deles? Quem lhes acalentava quando choravam, como a mãe deles fazia comigo para que minha mãe pudesse ir trabalhar numa empresa em que ela nunca teve sequer a chance de poder um dia ascender ao posto de diretora, porque não tinha nascido homem? Era o despertar de uma compreensão dos jogos de poder, das diferentes forças e linhas que nos capturam e nos sujeitam a cada dia.

Fui crescendo e os porquês nunca deixaram de me acompanhar, apenas cresceram comigo, se alargando na medida que meu mundo e percepção se ampliavam. Por que uns com tanto e outros com tão pouco? Por que uns falam e outros se calam? O que é sucesso e quem o define como tal? Quem sou eu e o que me constitui? A ânsia por encontrar respostas me levou a cursar Psicologia. Ao longo do curso, me descobri no mundo. Pude compreender melhor os discursos, as forças político-econômicas e institucionais que nos atravessam e nos constituem. Acima de tudo, pude entender a posição privilegiada que ocupo. Com tal constatação, não nego, senti culpa e até vergonha. Vivi o luto de ver morrer minha ignorância e inocência. A culpa, contudo, fazia-me recair em um imobilismo fatalista, como diria Paulo Freire. Reconciliei-me com minha história. Compreendi que deveria sentir-me grata e transformar o luto em luta para que meu privilégio pudesse ser direito de todos. Porém, como?

Começava a se desenhar uma ética que orientaria minhas escolhas. Ao longo do curso de Psicologia, tive diferentes vivências de estágio que tiveram em comum o fio condutor da busca pela **utopia** de uma sociedade mais justa e igualitária que tirasse os direitos humanos de seu lugar de letra morta e os tornasse balizadores de uma nova organização ético-político-social. Estaguei no Centro de Atenção Psicossocial do Paranoá e de Taguatinga, na Delegacia

Especial de Atendimento à Mulher e, por fim, onde a semente do sonho encontraria terreno fértil para florescer, no Consultório na Rua.

Algo da possibilidade de entrar em uma *kombi* rumo ao desconhecido, a outro mundo que coexiste com o meu, mas que do meu lugar de privilégio desconhecia, me fascinou. Algo da possibilidade de com-viver com esta alteridade. Algo da magnitude da violência e da violação de direitos a que a população em situação de rua precisa resistir diariamente apenas para existir me compelia a compreender como faziam brotar vida de solo tão infértil. E, ainda, a curiosidade quanto a como criar uma política capaz de desvincular-se das técnicas de biopoder-biopolítica-tanatopolítica-necropolítica que historicamente têm incidido sobre essa população, e aliar-se a uma práxis emancipatória, me motivou.

Assim, no primeiro semestre de 2016, duas vezes por semana, eu estava presente, com-vivendo, partilhando do cotidiano institucional. Tal vivência me permitiu não só observar desde dentro mas comungar da rotina, do espaço e de sua dinâmica. Ao longo desse semestre, registrei ao final de cada dia os acontecimentos, minhas experiências e sentimentos, minhas frustrações e meus questionamentos, construindo um dispositivo analítico que permitia-me analisar não só o campo em que estava inserida, mas como esta inserção me implicava e como minha presença implicava a própria constituição do campo. A vivência cotidiana dos desafios de tornar efetivo o direito à saúde ao longo de um semestre não bastou. A semente do sonho havia sido plantada. De um final, surgiu um novo começo. No semestre seguinte optei por romper com a linha de pesquisa acadêmica que vinha trilhando e escolhi fazer como monografia¹ da graduação uma cartografia acerca das práticas profissionais do Consultório na Rua com vistas a compreender como o cuidado é produzido e ofertado e quais seus desdobramentos subjetivos e objetivos.

Por fim, a busca por reflexões teórico-metodológicas críticas que pudessem embasar a práxis emancipatória que sonhava construir, trouxe-me para o Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Cidadania da Universidade de Brasília. O mestrado e, em especial, as disciplinas cursadas, oportunizaram constantes desnaturalizações, rupturas e novas sensibilidades que me orientaram no processo de construção ético-teórico-metodológica desta pesquisa.

A construção e escrita desta dissertação em muito partiu de reflexões acerca de como o processo e produto desta se inscrevem nos jogos de poder no qual estamos inseridos e pelos quais somos capturados. Quais os efeitos da produção de um saber, isto é, a produção de um

¹ Pesquisa para a obtenção de grau de psicóloga realizada entre Setembro de 2016 e Junho de 2017, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa pelo parecer 2.055.532

discurso sobre determinado objeto? Como minha construção metodológica influenciaria tais efeitos? Que ética deveria servir inspirá-la? Para Foucault, o discurso não apenas produz, e reproduz, o conhecimento, mas também normas e valores. O discurso não é, entretanto, produzido por todos em condição de igualdade, visto que é fruto de mecanismos de controle que visam regular aquilo que se constitui como verdade (FOUCAULT, 1996). A verdade, por sua vez, se faz lei e nos submete, pois ela

Decide, transmite e reproduz, ao menos em parte, efeitos de poder. Afinal, somos julgados, condenados, classificados, obrigados a tarefas, destinados a uma maneira de viver ou uma certa maneira de morrer, em função de discursos verdadeiros que trazem consigo efeitos específicos de poder” (1982a).

Por meio dos enunciados e regimes de verdade, o discurso produz subjetividades, aponta para posições-sujeitos, demarca a inscrição do sujeito no discurso e na história. “Na Modernidade, o corpo nunca é apenas um corpo. É um corpo engendrado, sexualizado, racializado, etarizado, trabalhador” (FLOR DO NASCIMENTO, 2010, p. 103). A objetivação do corpo pelas práticas discursivas determina o lugar social que ocupam as pessoas por meio de uma socialização naturalizada. Divide o sujeito em seu interior e também em relação aos outros constituindo uma divisão binária que atravessa o corpo social produzindo a diferença que é operada como valor. Os sujeitos são divididos entre normais e anormais; entre os que se deve fazer viver, ainda que condicionado à sua normalização, e aos que se deve deixar morrer; os normais e aqueles que ainda podem ser úteis e que devem ser submetidos a biopolíticas², ou, ainda, aqueles a quem resta apenas a tanatopolítica³ e necropolítica⁴ (AGAMBEM, 2007; FOUCAULT, 1995; 1996; 2009; 2012; MBEMBE, 2018).

Os mecanismos de controle do discurso estabelecem, dentre outras coisas, a quem é permitido enunciar a verdade. A estrutura epistêmica moderno-ocidental funda-se sobre a imposição da suposta superioridade do conhecimento imposto pela dominação ocidental capitalista e colonial do mundo. Tal imposição produziu inúmeros epistemicídios, bem como um conhecimento sexista/racista fazendo do assassinato de saberes instrumento próprio de

² Biopolítica diz respeito ao conceito foucaultiano que se refere à técnica de poder que se instaura na modernidade com a entrada da vida nas engrenagens do poder, instituindo uma anátomo-política (FOUCAULT, 2004a). Tal conceito será retomado e aprofundado ao longo da dissertação.

³ Tanatopolítica é um conceito de Foucault, posteriormente retomado por Giorgio Agamben que defende que não só a vida se torna parte dos cálculos de poder, mas também a morte. É, portanto, o momento em que a biopolítica converte-se em política que se exerce sobre a morte (AGAMBEN, 2010). Tal conceito também será retomado e aprofundado ao longo da dissertação.

⁴ Necropolítica é um conceito do camaronês Achille Mbembe que, como Agamben, insere a morte nos cálculos do poder, porém o faz de modo a refletir sobre os contextos pós-coloniais estabelecendo a colônia como paradigma da exceção, de local em que as garantias da ordem judicial são suspeitas e a morte de determinados contingentes operam a serviço da “civilização”. Este conceito também será retomado e aprofundado ao longo da dissertação (MBEMBE, 2018).

dominação (GROSFOGUEL, 2016). Assim, teorias que emergem de experiências e sensibilidades sociais particulares são colocadas como supostamente suficientes para explicar diferentes realidades sócio-históricas produzindo uma monocultura do saber que exclui e desqualifica outras vozes críticas frente aos projetos imperiais-coloniais-patriarcais- raciais- classistas que estão na base de nossa estrutura social (CARNEIRO, GROSFOGUEL, 2016; SANTOS; 2008). Na modernidade ocidental, a ciência assume o monopólio do conhecimento válido desempenhando, assim, importante papel na produção do descrédito de epistemologias alternativas potencialmente disruptivas das relações de poder instituídas.

Dizer é, portanto, coisa séria. Linda Alcoff (1992) alerta que a prática discursiva de “falar pelos outros”⁵ tem sido discutida, criticada, e rejeitada em algumas comunidades, como em algumas correntes feministas. Estas partem de que “falar pelos outros” seria uma forma de coerção discursiva e, conseqüentemente, arrogante e não ética. E não só isso: mas também politicamente ilegítima. A prática de “falar pelos outros” implica na representação da situação, das necessidades e vontades do outro, e, pela objetivação do outro no meu discurso, definindo quem este outro é, participando, assim, da construção de sua posição subjetiva. Trinh.T. Ming-ga (1989), por sua vez, reflete sobre como a antropologia – e pode-se pensar a ciência de modo mais geral - se constitui como uma conversa sobre “nós”, “conosco” sobre “eles” em que o “eles” é silenciado. O outro só seria, desse modo, admitido entre “nós”, os sujeitos discursivos, quando acompanhados e introduzidos por “nós”, denunciando, assim, o colonialismo imbricado na prática de “falar pelos outros”.

Alcoff (1992) argumenta que tal debate surge do reconhecimento de que o local de onde se fala afeta o significado e a verdade daquilo que é falado não sendo possível, portanto, presumir a transcendência desse lugar de fala. E ainda, do reconhecimento que não só o local de fala é epistemologicamente saliente, mas que certos locais de fala são discursivamente perigosos. Em particular, a prática de pessoas com privilégio falarem em nome de pessoas menos privilegiadas, visto que reforça a opressão do grupo pelo qual se fala. Nesse sentido, Foucault (2012) aponta que os rituais de fala são tão constitutivos do significado quanto o que é propriamente falado. O significado da fala abarca, além do enunciado, o contexto discursivo. Aquilo que é dito é ouvido depende de quem o disse, e quem diz afeta o estilo e a linguagem em que é dito que, por sua vez, afeta o significado apreendido. A localização do falante e do ouvinte são, assim, elementos que afetam a própria veracidade da afirmação.

⁵ Livre tradução do termo “speaking for others” utilizado por Linda Alcoff (1992).

Os diferentes locais de fala não contam com o mesmo prestígio epistêmico de maneira que as pessoas não são politicamente equivalentes, visto que o poder está relacionado à verdade. Há certos locais aliados à estruturas opressivas, enquanto outros são aliados à resistência à opressão. Os rituais de fala são atravessados, portanto, por relações de poder, de dominação, exploração e subordinação. Quem fala, sobre quem se fala, e quem ouve é resultado de uma disputa política. Tal perspectiva rompe definitivamente com a falácia da neutralidade científica. Surge então a questão: a prática discursiva de “falar pelos outros” é válida? E se sim, quais são os critérios para tal validade? Considerando a construção do conhecimento científico uma prática histórica de “falar pelos outros”, há como seguir produzindo conhecimento científico sem recair em colonialismo? Há como eu, mulher privilegiada, que nunca vivenciou as intempéries da situação de rua, falar por eles?

Há quem advogue que a única solução é abster-se inteiramente da prática de falar pelos outros e falar apenas de si dando lugar, assim, para que os outros falem. Alcoff (1992) bem aponta, entretanto, que uma renúncia da prática de “falar pelos outros” não gera automaticamente um aumento na receptividade de escuta. E ainda, que adotar tal posição, de que apenas é possível falar de si, seria uma forma de omissão, de eximir-se da responsabilidade política de falar contra a opressão. Responsabilidade esta que deriva da própria condição de privilégio. Desse modo, o recuo de falar pelos outros tampouco é neutro, pois permite a continuação do domínio dos discursos hegemônicos que acaba por reforçar por meio da omissão. O maior problema, contudo, diz respeito a uma queda na possibilidade de eficácia política, considerando que nem todos que falam tem o mesmo privilégio epistêmico.

Alcoff problematiza, ainda, que outra questão concernente a solução de abstinência de “falar pelos outros” é que, muitas vezes, esta é motivada por um desejo de permanecer imune à crítica. Como se falar apenas sobre si blindasse contra qualquer crítica na medida que não falando de si não se tem a responsabilidade de ser verdadeiro com relação às expectativas ou necessidades alheias. Outras vezes, a motivação parte do desejo de evitar o erro a qualquer custo. O erro, contudo, é inerente ao desenvolvimento teórico e à luta política. Ambas as motivações apontam para um desejo pessoal de maestria, de estabelecer uma posição discursiva privilegiada em que não se pode ser desafiado. De tal pedestal discursivo, imune ao questionamento, ficar-se-ia imune, também, à reflexão crítica e ao engajamento.

Spivak (2010), critica os intelectuais que renunciam ao “falar pelos outros”, pois partem de uma concepção que associa a experiência àquilo que é transparente, cognoscente reificando uma suposta autenticidade, essencialidade, do oprimido. No lugar de intelectuais que se eximem de seu papel discursivo, Spivak propõe “falar com”. É assim, no juntar de

forças, do privilégio epistêmico e da apresentação, no lugar de representação, que se torna possível uma “contrasentença” capaz de propor uma nova narrativa. Torna-se, desse modo, imperativo criar condições de diálogo e para se falar com.

Deborah Diniz⁶, por sua vez, aponta que não há ser humano universal que represente a luta de direitos humanos. A população em situação de rua tampouco é universal. É marcada pela diversidade e a possibilidade de múltiplas identificações. Sua vulnerabilidade é multiforme, interseccionada por aspectos de classe, raça, sexualidade dentre tantos discursos normativos que lhe atravessam. Diniz (2018) defende veemente que, idealmente, cada um possa falar de si, das camadas de vulnerabilidade que carregam nas costas, e que aos outros caberia ouvir. Contudo, aponta também que uma vida de espoliação de direitos pode resultar no desconhecimento dos próprios direitos que tornam uma vida digna. Assim, apenas ouvir seria outra forma de abandono. É preciso estar junto para se falar com sobre o que significa a vida desde aquele lugar em que se habita, e que pode ter sido marcada pela violência, mas que reivindica seus direitos. É nosso dever falar com responsabilidade sobre as injustiças que assolam os oprimidos. Silenciar é tornar-se cúmplice. No lugar da cumplicidade, Deborah defende uma ética solidária que fale, e lute, com.

Alcoff (1992) defende que ao rejeitar uma solução de renúncia, não advoga por uma apropriação colonialista do outro. Para não recair em tal posição, aponta alguns cuidados metodológicos. Primeiramente, que quem falar pelos outros só deveria poder fazê-lo a partir de uma análise concreta das relações de poder e dos efeitos discursivos envolvidos. Defende, ainda, que se ouça. Toda vez que surgir o ímpeto de falar, de ensinar alguém menos privilegiado, ouvir primeiro. É preciso, também, que se explicita desde sempre seu lugar de fala. Falar, ela adverte, deve carregar em si a responsabilidade pelo que se fala. É imperiosa uma autoanálise constante quanto aos efeitos do que se fala e como se fala. Ainda que se parta da intenção de melhorar materialmente a situação de grupos menos privilegiados, os efeitos do que se fala podem reforçar discursos racistas, sexistas, imperialistas que só terminaram por silenciar a possibilidade de falar e ser escutado de tal grupo.

Por meio das (re)escolhas metodológicas, bem como a escrita desta dissertação, busquei, a partir de uma ética solidária, estar no campo como aliada e colaboradora da população em situação de rua, assim como dos profissionais da política pública do Consultório na Rua. Fiz da com-vivência e do falar com instrumentos de pesquisa, seguindo os preceitos da Educação em e para Direitos Humanos que defende que a vivência desses

⁶ Reportagem no El País, *A Ética da Solidariedade Feminista*. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2019/03/01/opinion/1551471471_656137.html>.

direitos, de um ambiente dialógico e democrático, que possibilita uma cultura de direitos humanos. Assim, busquei a partir do diálogo criar condições para o diálogo. Foi, contudo, no “chão” do trabalho de campo que tais reflexões puderam traduzir-se em prática.

Desenvolvi um projeto de pesquisa com ideias baseadas no que eu julgava ser o que ‘faltava’ no serviço, no que eu queria oferecer, no que eu iria construir. Muito contrariamente às minhas reflexões, entrava no campo com uma postura colonialista, de saber o que era o melhor para um outro que já nem era mais o mesmo outro com quem convivi – afinal, um ano já havia se passado e como bem diz Heráclito, ninguém entra em um mesmo rio duas vezes, pois quando isso ocorre já não se é o mesmo, assim como as águas já serão outras. Foi no campo, na com-vivência, no estar junto dos profissionais e da população atendida que foram se configurando diferencialmente as possibilidades, os **inéditos** de fato **viáveis**.

Quando marquei esta reunião com minha orientadora estava assolada por um sentimento de frustração e medo. Medo de não dar conta de fazer a pesquisa, de pôr em prática o projeto. Cheguei um pouco diferente e na medida que ia relatando como estava minha inserção no campo me dei conta de que focar na impossibilidade estava me cegando para as possibilidades. Me dei conta de que é positivista achar que é possível prever e predeterminar o futuro. Me dei conta de que é egóico querer impor minha vontade, que é contra tudo que advogo: a abertura ao outro, o respeito a esse outro. Como posso falar em alteridade se quero que a realidade reflita o mesmo, o idêntico? Passei a enxergar as possibilidades. O futebol como dispositivo de com-vivência que já me permitiu entrar em contato com histórias diversas e mudanças diversas. Desde o Carlão que pelo vínculo criado com a Isabela escolheu não lidar com as coisas pela via da violência. Do Seu Luis que escreveu sua história e compartilhou-a comigo entrando pela via da sublimação e simbolização de tanto sofrimento. Dos feedbacks acerca de como aquele espaço é diferente porque “nos relacionamos como humanos” visto que a delimitação dos papéis e a verticalização de poder é abalada pelo jogo, pelo faz-de-conta, pelo tempo ayon da criança-crianças, pelo cuidado de si que permite criar novas realidades. Da partida contra os estudantes da UDF organizada pelo Seu Luis onde a divisão entre quem tem dinheiro e quem não tem, quem tem casa e quem não tem, quem tem estudo e quem não tem desaparece e ficam apenas jogadores. Quantas lições de cidadania! Se isto não é educação em e para direitos humanos, não sei o que é (Trecho do diário de campo de 03/10/2018).

Mais de uma vez fui assolada pelo receio, pelo medo. Havia eu falhado no meu papel de pesquisadora? Por que é que apesar do planejado, do comunicado, eu me via capturada por outras demandas? Será que minha posição ali não era suficientemente neutra? Era possível ser neutra partindo de uma posição de defesa pela garantia de direitos da população em situação de rua? Após sentir raiva a partir de relatos de violência dos usuários, dividir o sentimento de impotência com os profissionais do Consultório na Rua, e também o de alegria por poder promover mudanças, ainda que mínimas, na efetivação dos direitos historicamente negados, poderia minha relação de mais de um ano com aquelas pessoas ser neutra? O que sentia como

perda era, na realidade, a multiplicação de oportunidades de me envolver nas vivências que de fato configuravam aquela dinâmica que pretendia compreender.

Somos desencorajados a mergulhar na experiência intensa da relação com a alteridade. Ao contrário, espera-se que essa relação seja domada e controlada pelo pesquisador blindado pela neutralidade e objetividade e que a experiência (ou seria experimento?) seja controlada e provisória. Pacheco de Oliveira (2009) aponta, contudo, para uma mudança na forma como se dá a presença do antropólogo em comunidades indígenas, que eu tomo emprestada para pensar minha própria inserção. Nas primeiras pesquisas, os indígenas limitavam-se a pleitear tabaco ou miçangas de modo a tornar a presença do antropólogo tolerável e os antropólogos enxergavam os indígenas como mero objeto de pesquisa. Atualmente, os indígenas já fazem demandas muito mais diretas quanto àquilo que compreendem como contrapartida por sua colaboração, o que impõe uma reciprocidade que verdadeiramente configura uma relação. Demandam ajuda na confecção de relatórios para organismos públicos, elaboração de programas de desenvolvimento, enfim, assumir tarefas que se relacionam com o fortalecimento dos coletivos indígenas. Os pesquisadores, por sua vez, “são instados a abandonar qualquer simulação de neutralidade, vindo a engajar-se firmemente nas demandas atuais dessas coletividades” (PACHECO DE OLIVEIRA, 2009, p. 13). O pesquisador passa, então, a inserir-se no campo sob o signo de “pesquisador-colaborador” (DE LUCCA, 2007, p. 15).

O contexto contemporâneo, particularmente relevante para nosso campo do conhecimento, dos direitos humanos, rompe definitivamente com a ilusão da neutralidade. Como falar de direitos humanos se a própria relação de pesquisa se converte em utilitarismo? A inserção do/a pesquisador/a em contextos tais como movimentos sociais, manifestações de cultura popular, dentre outros, estabelece relações complexas que a posição do pesquisador perante as questões do grupo é de grande importância na produção da relação da pesquisa, e conseqüentemente, na própria possibilidade de execução desta (MELO, 2017). O falar sobre só se torna justificável se orientado por uma ética da solidariedade.

Ao longo dos períodos em que estive no Consultório na Rua (ao final contabilizando um ano e meio de com-vivência), em diferentes momentos e contextos, quando perguntada quem era e ao responder que estava ali realizando uma pesquisa, ouvi relatos diversos dos usuários do serviço de como alguém já havia lhes “feito algumas perguntas”, mas que depois nunca mais apareceram ou deram notícia. Um discurso de Michel⁷, representante do

⁷ Todos os nomes utilizados ao longo desta dissertação são fictícios no intuito de preservar a identidade dos participantes.

Movimento Nacional de População de Rua, convidado por mim e mais dois colegas de mestrado para palestrar em uma oficina sobre População em Situação de Rua e Políticas Públicas que oferecemos⁸, reforçou minha suspeita. “Dizem que sou objeto de pesquisa, mas digo que não, sou sujeito⁹! Sou protagonista!”. Enumerou diversas pesquisas, mestrados, doutorados para os quais foi entrevistado. “Quantas pessoas não ajudei a formar?” perguntou. “Mas o que essas pessoas fizeram pela gente? Tantas pessoas que nunca mais nem vi, que a pesquisa tá lá na estante coletando poeira”. Sua fala denunciava precisamente essa relação utilitária que muitas vezes caracteriza a pesquisa científica pretensamente neutra.

Me perguntava, ainda, que tipo de informação tal tipo de pesquisa permite de fato alcançar. Seria ela representativa da trama complexa do real? Eu mesma presenciei dois momentos em que estudantes pediram aos profissionais do serviço para realizarem uma pesquisa que se resumiu a poucas visitas, quando muito, ou a uma única visita e muitas perguntas. Não que as informações fornecidas não fossem verdade, mas, por vezes, careciam de uma vivência que pudesse lhes conferir sentido. Careciam de todo um enquadre que dava inteligibilidade ao que, de outra maneira, era apenas palavra oca. A palavra soava inócua, incapaz de transmitir a vivacidade da experiência da rua, dos desafios de trabalhar numa política que visa garantir direitos a quem historicamente ocupa o lugar de sem direitos. A incomunicabilidade abre, contudo, o convite para a vivência (MELLO, 2017).

Dei-me conta, ainda, de que estava tentando compreender algo que estava nascendo e sendo produzido diariamente por ações e práticas nas quais também me envolvi (MELLO, 2017). Assim, participar, estar junto e fazer junto, implicou vivenciar as tramas e conexões institucionais, os desafios e as possibilidades, isto é, vivenciar o próprio campo que visava compreender. O desafio era, portanto, criar um movimento simultaneamente de aproximação e de distanciamento que permitisse que a alteridade se tornasse tangível. Nem tão próxima que não fosse capaz de estranhar o decorrer dos eventos, nem tão distante que a alteridade me parecesse tão radical e irredutível que me tornaria insensível ou alienada à ela. Começava a desenhar a ética que usaria como orientaria minhas práticas: uma ética da alteridade e da solidariedade.

O sonho não simplesmente floresce. Planta-se, primeiramente, para o florescer. Escolhe-se o terreno onde plantar, os métodos de plantio adequados, reúne-se todos aqueles que desejam ver as flores - afinal sonho que se sonha junto é que se torna realidade - enfim, é

⁸ A referida oficina chamava-se “População em Situação de Rua e Políticas Públicas” e fazia parte do II Encontro Nacional de Ensino e Pesquisa do Campo de Públicas, na Universidade de Brasília, em 2017.

⁹ Esta fala me motivou a repensar a própria nomenclatura “objeto de pesquisa” e ensaiar aqui outros conceitos.

um fazer, é construção de práxis. O sonho aqui defendido não diz respeito àquele que se sonha só entre quatro paredes, que se reduz a uma intrasubjetividade. É, ao contrário, sonho como necessidade ética e política de não se contentar com o dado, de não permanecer reduzido a um imobilismo fatalista (FREIRE, 2000) e que tem função de vislumbrar o (ainda) irreal para, então, como meta traduzi-lo em práxis. É onírico porque subverte a realidade, porque se debruça sobre o solo infértil da exclusão e dominação para fazer brotar o inédito.

Para não correr o risco de permanecer apenas na idealização, o sonho não pode desgarrar do concreto, afinal, ele nasce das entranhas de seu contrário (FREIRE, 2000). Sonho aqui, não apenas como pessoa, mas como cientista, como pesquisadora que tem como questão inspiradora possíveis caminhos que levem a um mundo em que as relações de exploração e dominação deem lugar às de diálogo e cooperação. Márcia Tiburi¹⁰ resgata a figura de Dom Quixote para falar da luta constante diante das relações de poder que oprimem, excluem, subjagam e matam. Dom Quixote simboliza esse poder de sonho. Ela define-o como a metáfora do sujeito moderno que não desiste de outra vida só porque tem moinhos a enfrentar. Mas que, ao invés disso, vai à luta contra os moinhos. Não o faz, contudo, sozinho. Está sempre acompanhado do amigo Sancho Panças – afinal, se sonhasse sozinho talvez fosse delírio, é o sonho que se comunga que torna-se realidade – que, por sua vez, simboliza a razão. Busco encarnar, então, a unidade Quixote-Panças para alcançar o equilíbrio entre engajamento e objetividade, entre emoção e razão, entre denúncia e anúncio.

O terreno do sonho é, portanto, o da dialética entre instituído e instituinte (BAREMBLITT, 2002; LOURAU, 1993, 2007). É o da utopia como unidade dialética entre denúncia e anúncio (FREIRE, 2000). Desse modo, a presente pesquisa voltou-se para a compreensão das forças instituídas, que perpetuam a opressão, dominação e exclusão, assim como das forças instituintes, que traçam linhas de fuga rumo à efetivação de direitos e construção de sujeitos de direitos, que se fazem presentes na trama institucional do Consultório na Rua.

Freire (2001) alerta, contudo, que não basta falar sobre a utopia, mas também é preciso participar de práticas consistentes com ela. Tal utopia insere-se na Perspectiva Crítica de Direitos Humanos, isto é, nos direitos humanos como projeto e processo pelo qual é preciso lutar. Inicialmente, a com-vivência surgiu como instrumento de pesquisa que, em última instância, tornou-se também a própria prática utópica-instituinte, a práxis emancipatória capaz de confrontar as práticas instituídas, que buscava compreender. É a partir

¹⁰ Palestra proferida por Márcia Tiburi no Café Filosófico disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=OihuXuN3Upc>>.

da posição ética do encontro e do diálogo que busquei desenvolver teórico-metodologicamente esta dissertação. Paulo Freire e sua Pedagogia Crítica serviram como inspiração para a busca por utopias através da dialética denúncia-anúncio. O conceito freireano de utopia, por sua vez, foi colocado em diálogo com a dialética instituído-instituinte sobre a qual reflete a perspectiva teórico-metodológica da Análise Institucional, utilizada nesta pesquisa como ferramenta de análise das informações produzidas no campo, visto que dispõe de conceitos-ferramentas que viabilizam analisar os fluxos e processos que compõem o Consultório na Rua.

Como estratégia metodológica que guiou minha inserção no campo, foi utilizada a Cartografia, pois esta concebe a pesquisa não como processo de coleta de dados, mas de produção do próprio campo, uma vez que os pesquisadores são compreendidos como sujeitos ativos, afetando e sendo afetados pela realidade, evidenciando e produzindo processos de subjetivação e as linhas de força que compõem o campo (PASSOS, KASTRUP & ESCÓSSIA, 2009). Tal perspectiva rompe com as premissas clássicas da neutralidade e objetividade do pesquisador visto que a pesquisa em si é um movimento de intervenção na realidade pesquisada. Teoria e prática tornam-se, assim, inseparáveis. O estar com produz conhecimento e o conhecimento produzido requalifica o próprio estar com de modo que a pesquisa adquire um caráter político: o mapeamento do território existencial, e das relações instituídas de saber-poder que lhe constituem, permite, a sua vez, vislumbrar as linhas de fuga instituintes capazes de conduzir à utopia.

Na formulação da denúncia, utilizei a perspectiva teórica de Foucault em diálogo com pensadores que, a partir de sua contribuição, desde seus diferentes lugares de enunciação, trazem perspectivas outras, para compreender as relações de saber e poder que ensejam práticas biopolíticas, tanatopolíticas e necropolíticas que capturam as práticas e funcionamento do Consultório na Rua, dentre estes Giorgio Agambem, Achille Mbembe, Pierre Dardot, Christian Laval e Judith Butler. Na construção do anúncio, por sua vez, parti das contribuições da Pedagogia Crítica de Paulo Freire, da Teoria Crítica de Direitos Humanos e da Educação em e para Direitos Humanos para identificar potências instituintes que balizassem uma prática eticamente compromissada com a efetivação dos direitos e a construção de sujeitos de direitos. Assim, por meio do diálogo, de uma ecologia de saberes (SANTOS, 2008) teóricos e vivenciais dos profissionais, dos usuários do serviço e da minha própria vivência, pude pela com-vivência descobrir a com-vivência como práxis instituinte-emancipadora.

1.1 SONHO QUE SE SONHA JUNTO VIRA REALIDADE

A liberdade é fruto de luta que ninguém pode lutar no lugar de ninguém, mas que é lutada junto, em comunhão (FREIRE, 2009). Que é possível, portanto, pela articulação entre alteridade e solidariedade. Guiada por uma ética da solidariedade, este sonho é sonho que nasceu da com-vivência com o Outro, do me afetar por essa alteridade. A alteridade a que me refiro é a população em situação de rua. População esta que já foi nomeada e falada de diferentes maneiras ao longo do tempo, ou seja, objetivada pelo discurso que, no interior dos dispositivos que atravessam e constituem o social, ensejou diferentes técnicas de poder que atuam sobre esses corpos (MELO, 2017).

Ao longo do tempo, muitos termos foram usados para expressar a existência da população cujo modo de vida tinha como denominador comum o habitar e viver nas ruas, principalmente, das cidades. Mendigos, vagabundos, vadios, indigentes, loucos, andarilhos, migrantes, moradores de rua, população em situação de rua, dentre outros. Tais termos integram diferentes disciplinas e áreas de saber, abarcando desde a literatura científica e jurídica, o discurso da mídia, até o religioso e do Estado.

A existência do fenômeno da situação de rua remonta à antiguidade. Segundo Stoffels (1977), há registros de pessoas definidas como mendigos, vagabundos e vadios desde a Grécia antiga. O surgimento de tal fenômeno é atribuído à desagregação, e conseqüente transformação, daquilo que a autora se refere como sociedade arcaica. Tal decomposição ocasionou a redefinição dos princípios organizativos sociais das cidades e Estados mediante, dentre outros, a consolidação da propriedade privada, o estabelecimento da escravidão, a divisão do trabalho, assim como o surgimento da economia monetária. Semelhante reordenação ocorreu também em Roma, de acordo com a autora. O fenômeno da situação de rua, à época referido como mendicância, é, portanto, eminentemente um fenômeno urbano. É expressão de uma nova organização social, econômica e política.

É justamente da Roma antiga que Giorgio Agamben (2002) resgata a figura do *homo sacer*, que reatualizada na modernidade embasa a organização política do estado de exceção em que a possibilidade do matável se constituirá como organizadora das relações sociais. A figura jurídica do *homo sacer* refere-se a “vidas sem valor”, “vidas indignas de serem vividas” de modo que perdem a qualidade de bem jurídico tornando-se, assim, elimináveis. É

aquele que não pode ter a vida ofertada aos deuses em sacrificial, mas cuja morte não constitui o caso jurídico de homicídio. É dupla exceção, vez que se encontra tanto fora da lei divina, quanto da lei dos homens, evidenciando o paradigma em que a vida humana é incluída unicamente sob a forma de sua exclusão.

De acordo com Frangella (2009), a maior parte dos registros sobre o fenômeno da situação de rua remetem à Idade Média, no contexto Europeu. Ao longo de cada período histórico, surgiram diferentes compreensões acerca dos modos de vida itinerantes, mas que tinham em comum a caracterização destes como segmento à margem dos modelos dominantes de normalidade de vida e organização social. Em contraposição aos referenciais de emprego, do domicílio e da propriedade privada, a ausência de renda, a itinerância e a ocupação do espaço público. Tal modo de vida torna-se justificável apenas na medida em que se insere na busca por uma reinserção na ‘normalidade’. São vidas, portanto, cujo valor existe somente na medida em que possam ser disciplinadas ou normalizadas.

O número de pessoas que compunha esse contingente populacional aumenta com as crises que marcam o século XIV, tais como: mudanças relativas à ocupação de terra, crises monetárias, epidemias de doenças e guerras. É nesse contexto que a manifestação dessa pobreza passa a carregar o significado da criminalidade (MAGNI, 2006, p. 16). Os termos vadiagem e mendicância carregam a marca da criminalização e apontam para a produção de corpos caracterizados pela sua ofensa aos costumes tornando-os reconhecidos segundo critérios de perigo e fracasso. Correlatamente, aumentam as formas de intervenção sobre estes corpos. Nos séculos subsequentes, no período pré-industrial e, posteriormente, de forma mais intensa, com a industrialização, as transformações nas relações de trabalho e a complexificação das ocupações urbanas engendram mudanças relativas às formas de correção e regeneração sobre os desviantes em instituições disciplinares.

“A disciplina ‘fabrica’ indivíduos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício” (FOUCAULT, 2009, p. 143). Os dispositivos de poder disciplinar estabelecem uma arquitetura que possibilita a vigilância e observação constante dos indivíduos. Essa estrutura torna todos visíveis passíveis de seres constantemente vigiados. Tal vigilância e observação torna, ainda, os comportamentos conhecidos servindo ao acúmulo do saber tecnopolítico. Tudo se desenvolve de modo a estabelecer uma ordem sobre o coletivo e agregar o máximo de produtividade. O poder multiplica-se e permeia todas as relações tornando-se uma

engrenagem de funcionamento maquínico. Sua utilização pode ocorrer em uma multiplicidade de instituições, sempre visando a produção do sujeito sujeitado. É nesse contexto que toda uma gama de instituições, como a escola, hospitais, prisões e hospícios, aliadas às mais antigas, como a família, se tornam dispositivos disciplinares voltados para a vigilância, o controle e a normatização. Busca-se um ajuste cada vez mais controlado, racional e econômico de forma a produzir indivíduos cada vez mais dóceis por meio da vigilância e da punição até que a norma seja interiorizada pelo sujeito e faça parte dele.

Como aponta Tomás Melo (2017), a mendicância e vadiagem sofriam a influencia da visão criminalizante nos países coloniais. Antes mesmo do primeiro código criminal brasileiro, as Ordenações Filipinas, ordenamento português parcialmente vigente no Brasil, estabelecia que aqueles que não vivessem com um senhor ou amo e que não exercessem atividades que garantissem sua sobrevivência, deveriam ser presos e açoitados publicamente. As Leis Criminais do Império (1830) seguiram essa linha, sendo a mendicância e vadiagem criminalizadas em dois artigos. O primeiro refere-se aos vadios, estabelecendo que aqueles os quais o Juiz de Paz advertisse, caso não adotassem uma ocupação útil e honesta para sua subsistência, poderiam ser presos e condenados a trabalho obrigatório com fins correccionais. A mendicância, por sua vez, era proibida em lugares em que havia estabelecimentos públicos para mendigos ou pessoas que os sustentassem. Ou, ainda, se estes praticassem a mendicância quando estivessem em condições de trabalhar. A pena era de prisão simples ou com trabalho.

Já na República, as condenações previstas no Código Penal suprimiam os direitos políticos daqueles condenados por vadiagem e/ou mendicância. Por sua vez, o Decreto de 13 de Outubro de 1893 previa a criação de colônias correccionais para a reabilitação de mendigos aptos ao trabalho. Na Constituição de 1934, permanece a suspensão dos direitos políticos. É possível pensar aqui se o termo suspensão, contudo, de fato é aplicável, uma vez que após a abolição da escravatura, discriminados pela cor e substituídos pela mão de obra paga, cresce o número de mendigos, contingente que passa a consistir grandemente de ex-escravos que nunca tiveram direitos (MARINGONI, 2011). Os mendigos permanecem não alistáveis e inelegíveis. Entretanto, também na constituição de 1934, atribui-se ao poder público o dever de amparar os indigentes de modo a garantir o direito do provimento à família. O reconhecimento de tal direito opera uma divisão entre a ociosidade voluntária e a falta de emprego, ou seja, entre àqueles a que resta apenas a tanatopolítica e àqueles para quem há esperança de recuperar por meio de uma biopolítica. Tal distinção permanece implícita na Lei das Contravenções Penais de 1941 que penaliza aqueles que, aptos a trabalhar, se entregam ao

ócio. O enquadramento da mendicância e vadiagem como crimes sinaliza a produção de um discurso jurídico-administrativo que articula improdutividade a falta de valores morais legitimando, assim, formas específicas de controle sobre os pobres (MELO, 2017; TEIXEIRA, SALLA & MARINHO, 2016).

A primeira referencia a expressão “população de rua” data do final da década de setenta e encontra-se em um documento interno da Organização do Auxílio Fraternal (OAF), instituição religiosa (MELO, 2017). Tal categoria surge como síntese de um amplo e diverso contingente de pessoas:

[...] Com características sociológicas e psicológicas especiais que se expressam numa dificuldade de adaptação à vida em sociedade. São os mendigos, prostitutas, alcoólatras, migrantes recém-chegados, psicopatas, egressos de prisão, menores abandonados, toxicômanos, etc. (OAF-SP, 5/5/1978 apud MELO 2017, p.70).

Não é, portanto, inicialmente, uma substituição do termo mendigo ou vadio, que são compreendidos como tipos específicos de marginalidade social. É, antes, síntese de um conjunto de diferentes situações marginais que tem a ocupação das ruas como elemento visivelmente comum. É termo que nomeia e agrupa uma série de ‘anormais’ que tem também em comum o fato de serem todos *homo sacer*, vidas matáveis. É constituição de uma nova unidade, composta por uma identidade padronizadora contraposta a uma exterioridade.

O sujeito objetivado no discurso é dividido em seu interior e também em relação aos outros, tal como o doente e o sadio, o louco e o são, o anormal e o normal e, por fim, a pessoa em situação de rua e o cidadão. Opera, assim, uma prática divisora necessária para a afirmação da própria norma (FOUCAULT, 1996). Como Sueli Carneiro (2015, p. 40) postula, “o Outro fundado pelo dispositivo apresenta-se de forma estática, que se opõe à variação que é assegurada ao Ser. Assim, a dinâmica instituída pelo dispositivo de poder é definida pelo dinamismo do Ser em contraposição ao imobilismo do Outro”. A identidade é construída negativamente de modo a afirmar a dinâmica positiva do Ser. Gera-se um processo de sentimento de ameaça pelo diferente que institui um processo de auto referência e preservação de um ‘eu’ que se contrapõe ao outro (NASCIMENTO, 2010). A demarcação de uma identidade diz respeito a um projeto político que tem como objetivo o controle desta, em especial no que diz respeito à sua reprodução enquanto classe social (CARNEIRO, 2012).

A partir da década de 1990, o termo “população de rua” ganha força no Brasil no interior de uma discussão teórica no campo das ciências sociais que, posteriormente, se alarga para outras disciplinas. Reflexões teóricas sobre o conceito de “lumpenproletariado”

(STOFFELS, 1977) ensejam uma compreensão do fenômeno como forma particular de inserção na sociedade capitalista. São compreendidos como consequência humana inevitável da estrutura capitalista, como evidenciado pelo médico da eCR na entrevista, “Essas pessoas não vão deixar de existir, entendeu? Os países mais ricos do mundo têm morador de rua”. Assim, a situação de rua surge como epifenômeno da estrutura capitalista distanciando-se, assim, da perspectiva patologizante-moralista. Os autores passam a ressaltar questões como as mudanças estruturais da economia, o desemprego, o tráfico de drogas e a ideologia neoliberal como fatores explicativos de tal fenômeno (MATTOS & FERREIRA, 2004). Todavia, a desigualdade e pobreza não são exclusivos de determinado momento histórico, e nem tampouco se encerram apenas no fator econômico (VIEIRA, BEZERRA, ROSA, 2004). Para além da esfera econômica, tal fenômeno insere-se em uma tecnologia política e modo de organização social que determinam quem irá integrar essa “classe” social “inerente” ao capitalismo. É fruto de uma multiplicidade de determinações que se sobrepõem e marcam cada trajetória de rua.

E ainda, a nova nomenclatura aponta para uma ruptura, como se a população em situação de rua, fenômeno eminentemente moderno, fosse algo estruturalmente diferente, mas que possui raízes naquilo referido outrora por vadiagem e mendicância. Os últimos estariam mais relacionados a fatores subjetivos, patológicos e morais, enquanto o fenômeno da situação de rua como fruto de um processo histórico-estrutural propiciado pelo surgimento do capitalismo (MELO, 2017). A separação é, contudo, anacrônica. A instituição de um campo de saber é expressão de uma dimensão de poder. O que se verifica é mais da ordem de uma continuidade e sobreposição, especialmente com relação as representações das quais tais termos estão imbuídos e as práticas que informam. Desse modo, ambas nomenclaturas se referem a situações semelhantes cujas análises e representações compartilham diversos aspectos entre si.

Estudos, abarcados por esta perspectiva estrutural, que defendem uma inaptidão para a organização política desse contingente, compreendido como lumpemproletariado, evidenciam as forças instituídas que atravessam a nova nomenclatura e garantem uma continuidade das representações e práticas referentes à esse contingente populacional. Correntes ligadas ao marxismo que partilham que os verdadeiros sujeitos históricos da transformação social são o proletariado, argumentam que o lumpemproletariado é uma massa apática na medida que estão separados de vinculações produtivas na estrutura social do capitalismo (MELO, 2017; STOFFELS, 1977). Estando separados do “trabalho produtivo” estariam impossibilitados de

desenvolver uma consciência de classe a partir da experiência do trabalho e do sentimento de expropriação deste. Estariam, portanto, apartados das condições objetivas que viabilizariam o desenvolvimento das disposições necessárias à conscientização e organização política. Retirados da possibilidade de agência, despidos da condição de sujeito, são relegados ao estatuto de objeto de intervenção. A determinação estrutural da qual não são capazes de escapar reforça os discursos que compõem quadros em cujo interior essas vidas são percebidas legitimando práticas opressoras e marginalizadoras (GOFFMAN, 2012¹¹; BUTLER, 2015).

Tais discursos operam no sentido de manutenção de um *status quo* ao mascarar o processo no qual se constrói a exclusão política. É nesse sentido que Luis Felipe Miguel (2014) destaca que a democracia e dominação coexistem na democracia liberal – como Agamben (2002) também defende com seu conceito de estado de exceção que defende ser inerente a consolidação do próprio regime democrático - evidenciada pela convivência entre a igualdade política formal e marcantes desigualdades sociais. Tais desigualdades refletem a capacidade que agentes situados em diferentes posições do espaço social têm de participar dos processos de tomada de decisão coletiva. Assim, o ser cidadão para além de significar a posse de um conjunto de direitos, significa também saber operar dentro de um arranjo institucional regido por normas. O privilégio de determinadas modalidades de ação política reflete o privilégio de comportamentos pautados por uma norma e de *habitus* e disposições específicos (BOURDIEU, 2004)¹². Produz-se, desse modo, matrizes de efetividade políticas desiguais.

É a partir da expansão do conceito de “seletividade das instituições”, que Miguel (2014) toma emprestado de Claus Offe, e a partir do conceito de campo de Bourdieu, que destaca que as instituições políticas possuem uma seletividade própria que emerge dos interesses do processo de valorização do capital e que atravessa os diferentes campos, explicando, assim, a distribuição desigual da efetividade política. O conceito de campo de Bourdieu permite pensar o campo como um espaço delimitado por uma lógica, hierarquizado e competitivo e que, por isso estabelece critérios de ingresso e progresso. Nesse sentido, a

¹¹ O conceito de quadro é utilizado aqui em consonância com o preconizado por Goffman (2012, p. 34), “Pressuponho que as definições de uma situação são elaboradas de acordo com os princípios de organização que governam acontecimentos – pelo menos os sociais – e nosso envolvimento subjetivo neles; quadro é a palavra que uso para me referir a esses elementos básicos que sou capaz de identificar. Esta é a minha definição de quadro”.

¹² O *habitus* mais além do que um conjunto de disposições de comportamento e práticas, é incorporado. Não só na consciência o contexto social é assimilado, mas também no corpo que desenvolve uma *hexis* fruto das disposições incorporadas. O esquema corporal, os movimentos, a postura, as técnicas e o usos do corpo são índices do contexto cultural que induzem um modo de agir que, por sua vez, condicionam a ocupação da posição social (BOURDIEU, 1980).

potencialidade do exercício dos direitos e da ação pública, são tornados efetivos mediante formas consideradas legítimas de discurso e comportamento que garantem o afastamento de presenças disruptivas à ordem.

Por outro lado, a nomenclatura “pessoas em situação de rua” carrega também uma potência instituinte, uma tentativa de ultrapassar classificações estigmatizantes numa busca por nomear a heterogeneidade dos grupos vulnerabilizados que ocupam o espaço público como modo de realizar a manutenção de diferentes aspectos de suas vidas (MELO, 2017). Tal produção conceitual, que ganha força nos movimentos sociais deste segmento, é politicamente potente porque orientada para a construção de uma consciência coletiva, compartilhada e pública, que embasa a luta por direitos. Desempenha, assim, o papel da inserção no campo político pela disputa narrativa para falar de si, rompendo com a posição objetual na qual foram objetivados, permitindo anunciar-se como sujeitos.

É essa nomenclatura que é utilizada no Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009 que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e que define a população em situação de rua como:

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

Tal definição ressalta a pobreza extrema e a fragilidade de vínculos que podem ser compreendidos a partir do conceito de vulnerabilidade social. E ainda, denota uma situação de fragilidade relacionada não apenas ao acesso à renda, mas também dos vínculos afetivos-relacionais, assim como do acesso desigual a bens e serviços públicos. No campo da saúde, por sua vez, tal conceito integra um movimento de ruptura com o paradigma biomédico de modo a abarcar a multiplicidade de determinantes sociais do processo saúde-doença (CARMO & GUIZARDI, 2018). No campo dos direitos humanos, a seu turno, o termo vulnerabilidade é utilizado para indicar indivíduos ou grupos fragilizados, jurídica e/ou politicamente, na promoção, proteção e/ou garantia de seus direitos de cidadania (MUÑOS-SÁNCHEZ & BERTOLIZZI, 2007). O termo insere, portanto, a vida numa trama social e política que a condiciona.

A partir do conceito de precariedade, Butler (2015) também insere a ontologia nas tramas sociais e políticas. A vida porque pode morrer requer cuidados para que possa viver. A persistência da vida não está de modo algum garantida. Assim, toda vida é precária, afinal, toda vida requer diversas condições sociais e econômicas para ser mantida como vida. O “ser” do corpo ao qual a ontologia se refere é um ser inscrito na relação com os outros, nas normas e organizações sociais e políticas que se desenvolvem historicamente de modo a maximizar a precariedade para alguns e minimizá-la para outros. O termo condição precária descreve precisamente a condição politicamente induzida da distribuição desigual da precariedade.

Então, de uma forma geral, me parece que – me parece, não, para mim fica mais claro que se trata principalmente da dificuldade de acesso aos direitos básicos. Os constitucionais, inclusive. Direito à educação. O não acesso, a não possibilidade de acessar esses direitos. Seja pelas condições diversas que a gente possa citar, o fato é que essas pessoas não acessam a educação, elas não acessam a saúde como a comunidade acessa, não acessam – não tem acesso a própria segurança, por exemplo. O acesso a moradia, não tem esse acesso. Então tudo que a gente já tem, e que a gente luta pra melhoria, na verdade todos querem uma melhor educação, uma melhor moradia, uma melhor segurança, morar no lugar mais seguro possível. Todo mundo quer. Todo mundo busca isso na vida, porque são direitos básicos, é essencial. Todo mundo necessita ter acesso a cada um desses direitos básicos, é por isso que está na Constituição. E essas pessoas simplesmente não tem acesso. Elas não acessam esses direitos. Então, pra mim, se trata mais dessa questão. O fato de não acessarem a saúde, por exemplo, o acesso mínimo, básico à saúde, faz com que essas pessoas sejam acometidas por problemas, condições de saúde que se agravam com o tempo e, por não acessar, essas pessoas já chegam com condições avançadas, com complicações avançadas e, muitas vezes, sequeladas definitivamente. E não tem mais nem como recuperar. Então, a gente vê muitos deficientes, por exemplo. Com sequelas permanentes. Eu posso citar, por exemplo, a hanseníase. As pessoas não acessam no início da doença, não tem um diagnóstico na fase inicial, que é a melhor fase pra se diagnosticar a hanseníase, a doença vai progredindo, vai progredindo até que fica com sequela da hanseníase. E isso é mais comum de acontecer né. Problemas respiratórios né. Os fumantes já chegam aqui com a DPOC avançada. Por quê? Porque eles não tiveram o trabalho de promoção e prevenção de combate ao tabagismo, de acesso aos programas antitabagismo né. Então assim, pra mim o que que caracteriza muito as condições de saúde que mais vêm aqui são aquelas que estão relacionadas a sequelas, complicações das doenças comuns que a gente tem na população (Trecho da entrevista com o médico).

O trecho citado acima evidencia a distribuição desigual da precariedade a qual a população em situação de rua está submetida. Esta distribuição desigual da precariedade relaciona-se diretamente com a distribuição radicalmente distinta do que é considerada uma “vida digna de ser vivida”. Assim, certas populações são mais expostas a pobreza, a fome e a doenças, pois constituem o que Agamben denomina de “vida nua”, são os *homo sacer* que, desprovidos de qualquer valor de troca, assinalam “o ponto em que a biopolítica converte-se necessariamente em tanatopolítica” (AGAMBEM, 2010, p. 138), em política que se exerce não sobre a vida, mas sobre a morte. A construção discursiva eminentemente política de tais

vidas como não-vidas, ou como Sueli Carneiro (2015) coloca, como “não-ser”, condena-os a carregar o fardo da fome, do subemprego, da privação de direitos e da exposição diferenciada à violência e à morte, pois constroem um enquadramento que lhes caracteriza como vidas que não são passíveis de luto (BUTLER, 2015) Os desafiantes das normas têm suas vidas radicalmente precarizadas: são expulsos dos espaços de sociabilidade e relegados a invisibilidade. A não existência de redes sociais e econômicas institucionalizadas com as quais podem contar evidenciam aquelas vidas que estão incluídas unicamente na forma de a(bando)no, de exclusão. Marcam, portanto, a relação de bando em que aquele que é banido não é simplesmente posto fora da lei, mas é a(bando)nado por ela (AGAMBEN, 2002).

Foucault (1977b, p. 134) defende que “o homem moderno é um animal em cuja política está em questão a sua própria vida de ser vivente”. Isto é, a modernidade é marcada pelo aumento da implicação da vida e do corpo nos mecanismos e nos cálculos do poder de modo que o poder soberano se transforma em “governo dos homens” (FOUCAULT, 2004b, p. 719). Agamben (2010) argumenta que, em nome de uma abordagem direcionada pelos modos com que o poder penetra no corpo e produz sujeitos, Foucault abandona a abordagem tradicional do poder baseada em modelos jurídico-institucionais que tomam como modelo e como código o direito. Consequentemente, para Agamben (2010), Foucault não identifica o momento em que as técnicas de individualização e os procedimentos totalizantes, aos quais se referem, se cruzam. Agamben (2002) propõe, então, o Estado de exceção como explicação para este ponto de intersecção entre o modelo jurídico-institucional e o modelo biopolítico do poder.

Para Agamben (2002), é precisamente sob a exclusão originária na forma da estrutura de bando que se constitui a dimensão política e, consequentemente, sob sua reatualização e repetição que esta é mantida. Discordando de Hobbes, não é um contrato que marca a origem do Estado e tampouco este se contrapõe ao estado de natureza. Ao contrário, o estado de natureza está presente no Estado na forma do bando e da exceção. É precisamente a estrutura de bando, a sujeição da vida a um poder de morte e sua exposição na relação de a(bando)no, que está na origem do poder soberano. É ela o *nomos* soberano que condiciona todas as demais normas. O direito não possui outra dimensão senão aquela que captura dentro de si por meio da exclusão inclusiva da exceção. Sem a exceção o direito é letra morta. A decisão soberana reside, portanto, na própria decisão sobre a exceção, sobre a inscrição do corpo no *nómos* da exterioridade que lhe dá sentido. É sobre as dicotomias vida nua-existência política, *zôe-bios*, *homus biologicus-zoon politicon*, exclusão-inclusão que a política ocidental se

funda. A política existe apenas porque na linguagem o homem separa e opõe a si próprio a vida nua e se mantém numa relação de exclusão inclusiva com ela.

A vida, e a morte, são colocadas no centro da política estatal de modo que todos os cidadãos sejam virtualmente *homines sacri*. Contudo, como já postula Butler (2015), ainda que todos sejam precários, as condições de precariedade são distribuídas de modo desigual criando determinados modos socialmente facilitados de morrer e, inversamente, outros modos socialmente condicionados de sobreviver. Todo Estado moderno possui uma linha que demarca o ponto em que a decisão sobre a vida converte-se em decisão sobre a morte. Momento em que biopolítica assume sua face tanatopolítica. A estrutura biopolítica fundamental da modernidade reside precisamente na decisão referente ao valor (ou desvalor) da vida. Tal linha, todavia, não é fixa, é uma linha em movimento incessantemente redesenhada estabelecendo o limiar em que a vida perde seu valor político e passa a ser impunemente eliminável (AGAMBEN, 2002, p. 147). Toda sociedade decide quem será seus *homines sacri*.

Butler (2015) defende que a distribuição desigual da precariedade é, ao mesmo tempo, uma questão material e perceptual. Uma vida para ser compreendida como vida digna de ser vivida deve se conformar a certas normas, a determinadas concepções do que é a vida. Tais normas e concepções inserem-se numa gestão biopolítica preocupada com diferentes modos de controlar e administrar a vida historicamente articulados e reforçados que produzem um enquadramento perceptivo que viabiliza (ou não) o reconhecimento de uma vida digna de ser vivida. A moldura produzida – pelos discursos, normas e dispositivos, enfim, todo o aparato tecnopolítico - direciona implicitamente a interpretação. Determinada maneira de organizar e apresentar uma ação induz a uma conclusão interpretativa acerca da própria ação. Somente assim é possível naturalizar a violência e as violações a que estão sujeitos determinados contingentes populacionais, dentre estes a população em situação de rua.

Historicamente a população em situação de rua é marcada pela violência e pela violação de direitos. Esta é produzida como *homo sacer* pela intersecção de diferentes discursos e dispositivos que lhe atravessam enquadrando suas vidas como indignas de serem vividas.

Então, conceitos que quer queira, quer não a gente tem né que é aquele, “pô, tem alguma coisa errada com esse cara. Esse cara tá... ele tem uma doença. Se ele tá na rua, ele tem uma doença”. É um doente social, nem que seja. Então sempre olhar pras pessoas na rua e achar que tem doença né, que é o anormal, que é uma patologia, que

é uma aberração (Trecho da entrevista com o médico).

O discurso da loucura, o discurso da periculosidade, o discurso da falta moral, da incapacidade de organização política ou, ainda, como evidenciado na fala do médico acima, como doentes sociais, objetivam-nos como vidas nuas, matáveis de modo a sustentar as normas da racionalidade, da docilidade e a produção do *homo economicus*. A população em situação de rua é atravessada, ainda, pelo dispositivo de racialidade (CARNEIRO, 2015) que opera na sociedade brasileira, marcada pela colonização e escravidão, e que engendra relações de poder racializadas. A rua tem cor. O censo do IBGE contabiliza que 53% da população brasileira é de negros e 46% de brancos. Quando se vai para a rua, 67% desta população é negra (BRASIL, 2008).

Foucault (2005b) já apontava que o racismo que a sociedade exerce sobre ela mesma, sobre seus próprios elementos na forma de uma purificação permanente é uma das dimensões fundamentais da normalização. Achille Mbembe (2018, p.18) aponta “na economia do biopoder, a função do racismo é regular a distribuição da morte e tornar possíveis as funções assassinas do Estado”. O racismo é, pois, condição para aceitabilidade do fazer morrer. Integra o enquadramento perceptivo que produz os *homo sacer* de nossa sociedade. Ao sair das análises centradas nos contextos europeus, Mbembe permite pensar o modo como a biopolítica e tanatopolítica tomam forma em contextos pós-coloniais e neocoloniais em que os traços de colonialidade ainda reinam. O holocausto deixa, assim, de ser o modelo paradigmático do genocídio de povos e populações, que passa a ser o processo de colonização e neocolonização caracterizado pelo extermínio, sequestro e escravização dos povos das Áfricas. Não mais os judeus, mais os negros como símbolo dos sem direito.

Assim como Foucault e Agamben (2010), Achille Mbembe reflete sobre a morte como âmbito de atuação da biopolítica. Entretanto, avança com relação àqueles porque introduz a questão colonial e o sistema escravocrata para compreender a biopolítica e tanatopolítica como necropolítica. A escravidão é colocada como “uma das primeiras instancias de experimentação biopolítica” MBEMBE, 2017, p.27) e figura paradigmática do estado de exceção. Mbembe (2018) estabelece que o modo como as colônias se organizaram fez com que operassem como lugares abaixo da ordem estatal, como mundo não humano marcado pela exceção. As colônias são o local em que as garantias de ordem judicial são suspensas, lugar em que a violência do estado supostamente opera a serviço da “civilização” (MBEMBE, 2017).

A partir de tal perspectiva, o Brasil constitui-se desde o começo em uma zona de exceção, em que a figura do sem direitos no interior de um “estado de direitos” tem cor. É, portanto, “lugar em que a soberania consiste fundamentalmente no exercício de um poder à margem da lei (*ab legibus solutus*) e no qual a ‘paz’ tende a assumir o rosto de uma ‘guerra sem fim’” (MBEMBE, 2018, p. 32-33). Esta guerra sem fim é mascarada, contudo, no contexto brasileiro pelo mito da democracia racial, assim como pelo processo de embranquecimento da população negra brasileira (MUNANGA, 2017; NASCIMENTO, 2017). A exceção todavia persiste modelando as práticas discursivas e sociais de modo a reatualizar os traços de colonialidade.

A população em situação de rua é submetida, assim, à tecnologias biopolíticas quando ‘salváveis’, isto é, quando considerados ainda capazes de serem normatizados para se tornarem “úteis” à ordem econômica. No mais, e em sua maioria, despojados de valor, são condenados pela tanato e necropolítica à matabilidade seja pelo não acesso às políticas pública e meios de participação na vida pública, seja pelas condições desumanas (e desumanizantes) em que vivem cotidianamente nas ruas ou, ainda, pela violência, principalmente estatal, a que são submetidos cotidianamente.

A tarefa que se impõe demanda repensar o próprio “direito à vida” (BUTLER, 2015) e sua universidade falaciosa que faz uso da abstração para mascarar quem de fato está abarcado por tal direito e quem, por outro lado, integra o “bando” e, portanto, a exceção. Como indicavam Adorno e Horkheimer (1995), a igualdade alcançada pela abstração torna-se instrumento de regulação. Agamben (2010) defende que os direitos humanos são o *locus* do qual emerge o vínculo entre direito e sujeição biopolítica, vez que as declarações de direitos desempenham a função de inscrever a vida natural nos esquemas biopolíticos dos Estados-Nação politizando, assim, a vida nua. A própria afirmação de direitos se faz num contexto de normas sociais e políticas que enquadram o processo de promoção, garantia e violação desses direitos.

Aproximando-se da ideia do privilégio de determinadas modalidades de ação política que operam uma seletividade institucional que produz matrizes de efetividade políticas desiguais de Miguel (2014), Agamben (2010) também reflete sobre a exclusão do âmbito da ação política ao postular que a forma de inscrição originária da vida na política consiste em uma relação de exceção. Para tal resgata a duplicidade morfológica e semântica da palavra “vida” e a demarcação do espaço político por meio da exclusão da *zōe* – vida meramente

biológica – da *pólis*, relegando-a ao âmbito do *oikos*, isto é, ao âmbito doméstico, da esfera privada. A separação da vida entre dois termos permite compreender o cidadão como aquele que participa da vida política e que, por sua vez, se contrapõe aos não-cidadãos, que na *Política* de Aristóteles coincide com as mulheres, crianças, escravos e estrangeiros. Os discursos que caracterizam a população em situação de rua como incapazes de articulação política a partir do argumento de que a escassez de recursos materiais os leva a uma vida voltada exclusivamente para a busca e mobilização de recursos necessários para a manutenção da vida restringe-os aos processos biológicos da sobrevivência. Reduzidos à condição de *homo biologicus* perdem - isto é, se sequer algum dia tenham alcançado - a condição humana de *zoon politicon* (FREITAG apud ESCOREL, s/p, 1999). É a *pólis* o lugar do “bem viver”, do “mais que apenas viver”. E somente aqueles que tem acesso a ela tem a existência contemplada como política, porque liberada de mera vida reprodutiva.

Desta maneira, o próprio âmbito da declaração da igualdade dos homens e da universalidade dos direitos integra a exclusão. Os direitos humanos, em sua perspectiva hegemônica e clássica, são identificados com as declarações que os normatizam. Nessa concepção, os direitos são da ordem da essência, da ontologia. Possuímos direitos pelo simples fato de termos nascido humanos, ou seja, os direitos estão dados *a priori* e de uma vez por todas. São também universais, pois aplicam-se igualmente a todos visto que todos compartilham da mesma essência. Tal concepção fundamenta-se na razão instrumental iluminista seguindo sua lógica da essencialização e abstração (ADORNO & HORKHEIMER, 1995). A abstração mascara, contudo, que os direitos humanos não encontram seu fundamento na ontologia, comum a todos os seres humanos, mas a redução do ser à sua dimensão ôntica, isto é, à dimensão que se refere às determinações do ser - raça, cor, classe, sexualidade. A determinadas dimensões ônticas é atribuída uma incompletude humana que exclui determinados humanos do universalismo ontológico (HEIDEGGER, 2002; CARNEIRO, 2015). A universalidade abstrata gera, também, o pensamento falacioso de que se tem direitos antes mesmo de se ter a capacidade e/ou os meios para exercê-los (FLORES, 2009). Tal perspectiva, simplista e reducionista, se traveste em trajes de emancipação: proclama direitos mas não incide sobre os aspectos estruturais e relacionais acabando por exercer a manutenção do *status quo*, coadunando, assim, com a dominação, o colonialismo e exclusão.

A perspectiva crítica de Direitos Humanos, todavia, anuncia a potência instituinte e emancipatória dos direitos humanos, resgatando sua condição de gramática para a

emancipação (SANTOS, 2008) . Para Herrera Flores (2009, p. 13), os direitos humanos são pensados, para além de sua dimensão jurídica, como “processos institucionais e sociais que possibilitam a abertura e a consolidação de espaços de luta pela dignidade”. Contra um universalismo abstrato, defende um “universalismo a que se chegar”, ou seja, um universalismo construído, fruto de processos, de conflitos discursivos, de confronto e de diálogo. Os direitos são compreendidos como resultados provisórios de lutas sociais por dignidade. Implica, desse modo, que os direitos são um processo e um projeto que se dão pela luta contra a situação de desigualdade em relação ao acesso aos bens, materiais e imateriais, que tornam a vida digna de ser vivida. A garantia e efetivação dos direitos surge do plantio de sonhos no solo duro das espoliações. Nasce debaixo, deste solo, assumindo uma perspectiva contextual e crítica em que as práticas sociais tornam-se o centro da análise.

Como Achille Mbembe (2011) postula, esta luta tem uma dimensão tripla. Primeiramente, visa destruir aquilo que destrói, que amputa, que transforma em coisa, mera vida anulável. A segunda dimensão refere-se à função de “acolher o lamento e o grito do homem mutilado, aqueles e aquelas que, destituídos, foram condenados à abjeção” (MBEMBE, 2011, p. 02). E, por último, implica cuidar daqueles e aquelas que, sobrevivendo ao poder, foram violados, feridos e/ou simplesmente enlouquecidos. As lutas pela dignidade compreendem, portanto, a articulação entre política, ética e cuidado.

Assim, o que torna-se importante é pensar o “direito à vida” onde não há os meios para exercer tal direito. Butler (2015, p. 46) argumenta, “onde uma vida não tem nenhuma chance de florescer é onde devemos nos esforçar para melhorar as condições de vida”, onde não há proteção contra os laços sociais e institucionais necessários para assegurar as condições para vidas vivíveis (BUTLER, 2015). Isso implica necessariamente em compromissos positivos que busquem criar condições para minimizar a distribuição desigual da precariedade: alimentação, saúde, educação, abrigo, trabalho, o direito de expressão e participação.... Diz respeito a nos questionarmos acerca das técnicas de poder que criam e mantém a distribuição desigual das condições de precariedade, e, também, das práticas de resistência éticas e políticas capazes de romper com os discursos e dispositivos que produzem tais vidas como indignas de serem vividas. Enfim, enseja o problema ético de proteger contra a violação e a violência, de solidarizar-se, de comungar sonhos.

1.2 SOLO FÉRTIL ONDE PLANTAR SONHOS

O solo fértil a partir do qual esse sonho germinou em mim e no qual pude partilhá-lo, plantá-lo e vê-lo florescer, foi um estabelecimento do Consultório na Rua¹³, política pública, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como objetivo a assistência em saúde voltada para população em situação de rua (PSR). Em contraste com o artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos que afirma “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos” e os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde que estabelecem a universalidade e equidade de acesso à saúde, a necessidade da constituição de uma política específica para que a população em situação de rua possa efetivamente gozar de seu direito à saúde, escancara a falácia da universalidade e de que se tem direitos antes mesmo de se ter os meios para exercê-los (FLORES, 2009). Adicionalmente, evidencia a necessidade de reinserir os direitos no âmbito político e postular a universalidade como projeto e processo (GALLARDO, 2014). Desse modo, o Consultório na Rua é fruto de um processo mais amplo que insere-se na luta pela efetivação dos direitos da população em situação de rua e, especificamente, do direito à saúde.

A primeira experiência referente a prestação de saúde voltada para essa população remonta às equipes de Consultório de Rua em Salvador na Bahia. Ao se deparar com a vulnerabilidade de crianças e adolescentes em situação de rua e, também, com a inadequação da oferta e acesso de cuidados nos serviços de saúde, o professor Antônio Nery Filho, do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (CETAD/UFBA), propôs uma equipe itinerante, que atuou entre 1999 e 2006, para trabalhar nas áreas de maior concentração desta população.

A partir do reconhecimento do êxito da referida experiência, o Ministério da Saúde (MS) estabelece o Consultório de Rua (CR) como uma das propostas para o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD) no âmbito do SUS. Tal estratégia integra a Política Nacional de Saúde Mental, reforçando, ao delimitar o âmbito do cuidado à saúde mental, o discurso hegemônico que associa e reduz o fenômeno da situação de rua a transtornos mentais e uso de drogas. Rui (2014) afirma a centralidade que a figura do “noia” ganhou como forma de representar a população em situação de rua homogeneizando, desse modo, os diferentes caminhos que

¹³ Faço a opção ética de não identificar o estabelecimento em questão de modo a preservar os profissionais e usuários do serviço de identificação e constrangimentos de qualquer natureza.

levam às ruas. A produção desse discurso, associado a determinadas práticas, em relação a esse “outro” da rua retrata-o de forma associada ao consumo de drogas, loucura, violência e crime frequentemente num tom de culpabilização pelas próprias mazelas. Tal objetivação da população em situação de rua exemplifica as técnicas de poder do contexto neoliberal que a partir do mito da meritocracia individualiza e despolitiza questões sociais invisibilizando que por trás do “sucesso” e “fracasso” opera uma técnica política que busca a adequação à normas (DARDOT & LAVAL, 2016). Tal lógica individualizante retira do âmbito político e das práticas sociais e institucionais a lógica normativa universalizante que busca, pela produção da “nova razão do mundo” e novos modos de vida, o sustentáculo do próprio neoliberalismo. Tal discurso integra, portanto o enquadramento epistemológico em que essas vidas, impregnadas da representação da falta moral, passam a ser apreendidas como impassíveis de luto (BUTLER, 2015), como vidas matáveis (AGAMBEN, 2002). Como todo fenômeno, tal iniciativa é atravessada simultaneamente por forças instituídas e instituintes. As forças instituintes rompem com a exclusão dessa população do gozo de seus direitos, especificamente o da saúde, ainda que parcialmente. As instituídas, por sua vez, produzem e reproduzem à redução necessária a composição dos quadros que constituem estas vidas como indignas. Assim, como a inclusão mediante disciplina (FOUCAULT, 1979) e medicalização da vida e dos processos sociais e políticos que a constituem (ILLICH, 1975).

A partir do século XVIII, como consequência da ordem econômica e política instaurada pela Revolução Industrial, o corpo torna-se a realidade política por excelência por meio do qual o poder se atualiza e se legitima (FOUCAULT, 1984). Nesta nova tecnologia biopolítica a saúde e o rendimento individual passaram a ser essenciais ao bom funcionamento da engrenagem social (FOUCAULT, 2004). O nascimento da Clínica moderna coincide com esse momento, e constitui o complexo científico-clínico no qual o poder de regular e normatizar se apoia e recebe suas justificações. O saber do corpo não diz respeito apenas a seu funcionamento, mas compõe a tecnologia política do corpo voltada para a racionalização da gestão dos indivíduos. É saber que faz do corpo instrumento para incidir sobre a subjetividade configurando, dessa maneira, um modo de produção subjetiva. A partir de seu lugar de legitimidade científica, a Clínica impõe um estado de normalidade e de saúde ideal que expressam um modo de ser e estar no mundo. Aquele que se afasta do ideal de normalidade é cooptado pelas diversas disciplinas, dentre elas a Clínica, de modo que possa ser reeducado, corrigido e ‘curado’.

A Clínica se torna, assim, um dispositivo disciplinar que tem como objetivo a

produção de indivíduos dóceis, saudáveis e úteis. A produção de indivíduos disciplinados visa possibilitar a inserção no mercado de trabalho e, correlativamente, a produção e o consumo. Desse modo, aquele que não contribui para a engrenagem social, seja produzindo e/ou consumindo, passa a ser considerado como sede do desvio do instituído - indivíduo este que deve ser “consertado” para que possa retomar a “normalidade” (FOUCAULT, 1977, ILLICH, 1975). O médico, bem como outros profissionais de saúde, passa a ocupar um lugar a partir do qual ensinam a viver de maneira que seu saber passa a se articular, assim, ao poder disciplinador e normalizador. É por meio da normalização que nos tornamos seres economicamente produtivos moldados à forma do sistema capitalista. O sujeito da produção e a produção do sujeito articulam-se em um mesmo processo. O indivíduo torna-se, portanto, simultaneamente objeto e instrumento do exercício de poder.

O direito à saúde formalmente reconhecido pode, nessa perspectiva, acobertar, e também viabilizar, práticas sociais violentadoras, dominadoras e normatizadoras. Giorgio Agamben (2002) defende que as declarações de direitos humanos desempenham importante papel na inserção da vida, seu gerenciamento, produção e extermínio, como fundamento da soberania e, portanto, sujeito-objeto da política. A Teoria Crítica de Direitos Humanos reflete teoricamente sobre como a perspectiva hegemônica de direitos humanos contribui para a face obscura, da dominação e normatização, dos direitos humanos. Os direitos humanos, concebidos hegemonicamente como os direitos positivados nas Declarações Universais, são uma construção social ocidental que surgiu no contexto particular do Ocidente e da luta contra as limitações impostas pela ordem feudal. Não se nega a importância da Declaração Universal no processo de conquista por condições de vida dignas, mas há que se reconhecer que esta é uma concepção calcada em fundamentos ideológicos, filosóficos e culturais ocidentais que constituem o humano dos direitos humanos e ensinam a marginalização e exclusão de todos aqueles grupos e culturas cujo *ethos* diferem do Ocidental-burguês colocado como norma. É preciso compreender o ser humano para além da sua igualdade formal e abstrata presente nas Declarações e normativas de direitos humanos. É preciso atentar para a construção discursiva e material da desigualdade e da opressão e identificar a centralidade ontológica de categorias como racismo, patriarcado, colonialismo/colonialidade de modo a compreender a hierarquização, marginalização, exclusão, violência e violação de direitos (ESCRIVÃO FILHO & SOUSA JUNIOR, 2016).

Nessa perspectiva, tanto os direitos humanos quanto o acesso a dispositivos de saúde, podem servir a diversos mestres. Podem servir à biopolítica disciplinante e normatizadora.

Podem servir à luta pelo alargamento dos humanos pressupostos pelos direitos humanos, isto é, como possibilidade de agenciamento instituinte que rompa com a tanatopolítica deslocando os limites do estado de exceção que engloba as vidas matáveis. Matáveis pelo descaso, pela fome, pela violência, pelo histórico não acesso à políticas públicas. Podem, portanto, servir à emancipação e fundar-se em práticas libertadoras balizadas pela luta para que o acesso aos bens não seja hierarquizado *a priori* (FLORES, 2009).

Outra ação importante que antecedeu a constituição do Consultório na Rua foi a implantação de equipes de Saúde da Família (eSF) voltadas para a população em situação de rua, a partir do reconhecimento das barreiras de acesso da população em situação de rua à Atenção Básica (AB), realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte em 2002. Logo em seguida, o município de São Paulo também estabeleceu equipes de Saúde da Família direcionadas para as pessoas em situação de rua. Finalmente, em 2010, os municípios de Curitiba, Rio de Janeiro e Porto Alegre também criaram suas primeiras equipes de Saúde da Família voltadas para a população em situação de rua. Tais iniciativas foram de encontro com a reivindicação da PSR, que lutava para ser acompanhada para além das questões decorrentes do uso de álcool e outras drogas e do sofrimento e/ou transtorno psíquico.

A institucionalização do Consultório na Rua é impelida pelas reivindicações do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR), fruto da articulação de militantes e colaboradores que, a partir do estopim do Massacre da Praça da Sé, episódio expositivo da violência cotidiana invisibilizada e naturalizada, se organizam como movimento social. A presença da rua no espaço de debate público serve como símbolo desidentificador que rompe com os enquadramentos que os definem como meros *homo biologicus*, mera vida nua (GOFFMAN, 1988, p. 54), pois desafia a imagem estigmatizada da população em situação de rua como segmento social incapaz de organizar-se politicamente. Rompendo com a noção dos “desfliados” incapazes de formar movimentos de reivindicação (PÉCHU, 1996), a existência do MNPR marca o reconhecimento das pessoas em situação de rua como interlocutores válidos no campo das disputas políticas e nas questões referentes à vida em situação de rua (MELO, 2017) alterando o modo como o debate estava organizado pela inclusão das vozes e do discurso da rua.

Dentre as pautas reivindicadas, foi a realização de uma pesquisa que pudesse dar visibilidade à população em situação de rua, suas demandas e necessidades, e que pudesse subsidiar políticas voltadas para esta. Desenvolvida por intermédio de um acordo de

cooperação entre o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e executada pelo Instituto Meta entre 2007 e 2008, a Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua (BRAZIL, 2007) é o maior e mais atual levantamento de informações referente à população em situação de rua no Brasil até o momento. O público alvo foram aqueles maiores de 18 anos, residentes em 38 municípios com mais de 300 mil habitantes e mais 23 capitais, independente do porte populacional, totalizando 31.922 pessoas em situação de rua. Tal número não inclui os resultados das pesquisas realizadas em São Paulo em 2003 (10.399 pessoas), Belo Horizonte em 2005 (1.164 pessoas, incluindo crianças e adolescentes), Recife em 2005 (1.390 pessoas) e Porto Alegre em 2007 (aproximadamente 1.203 pessoas).

Para além de uma estimativa mais bem fundamentada de quantas pessoas estão em situação de rua, a pesquisa pôde elucidar tantos outros aspectos da vida na rua permitindo, dessa maneira, desafiar estereótipos. Com relação a razão que levou à rua, 35,5% atribuíram a ida para a rua a problemas relativos ao uso de álcool e/ou outras drogas, 29,8% a situação de desemprego e 29,1% a desavenças familiares. Destaca-se que 70,9% exercem alguma atividade remunerada, rompendo com a representação destes como pessoas preguiçosas, vagabundas e desassociadas de uma vida considerada 'normal' (WILLIAMS, 2005, p. 497). Contudo, ressalta-se que a renda média dessa população é entre R\$20,00 e R\$80,00 reais semanais ilustrando a extrema pobreza desse segmento. Evidencia também uma continuidade do trabalho restrito ao mercado informal e ao subemprego dos negros que remonta à escravatura (recordando que 67% da população em situação de rua é negra de acordo com o censo do IBGE). A pesquisa apontou, ainda, que a maior parte dessa população não é abrangida pela cobertura dos programas governamentais visto que 88,5% afirmam não receber qualquer benefício dos órgãos governamentais, mais uma vez apontando a continuidade da condição de sem direitos, de a(bando)nados, da exceção no interior de um estado democrático de direitos. Compondo a lacuna existente entre os direitos normativamente reconhecidos, formalmente universais, da população em situação de rua e o acesso a tais direitos, encontra-se o acesso à saúde.

Em 2009, informada pela Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua, foi criada a Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPR), instituída pelo Decreto 7.053/2009, assim como o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento (CIAMP). Fruto da participação dos movimentos sociais ligados à população em situação de rua, em especial o Movimento Nacional de População de Rua, a PNPR tem como objetivo efetivar os direitos formalmente reconhecidos por meio do acesso a políticas

públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda. A Política tem como diretriz a promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais; a responsabilidade do Poder Público; a participação da sociedade civil na elaboração, acompanhamento e monitoramento da política; a implantação e ampliação das ações educativas destinadas à superação do preconceito e a capacitação dos servidores públicos; bem como a democratização do acesso e fruição dos espaços e serviços públicos. Este enquadramento institucional desempenha um papel crucial visto que passa a orientar as ações governamentais e a composição de orçamentos públicos, assim como favorece a ampliação do debate público de modo a incluir atores antes excluídos (MELLO, 2017).

É neste contexto, e como resposta às reivindicações dos movimentos sociais ligados à população em situação de rua por uma estratégia de cuidado integral à PSR, que o Consultório na Rua é incluído como estratégia da Política Nacional da Atenção Básica. Instituído pela Portaria n. 122/2012, o Consultório na Rua tem como objetivo preencher a lacuna existente no acesso da população em situação de rua à saúde configurando-se, dessa forma, como um dispositivo de cuidado para atender aqueles que, até então, eram invisíveis no cenário do SUS. De modo a enxergar o antes invisível, o serviço se propõe a ir de encontro com ele, adentrando seu território geográfico, existencial, cultural, atendendo *in loco* e de forma itinerante para, mais que enxergar, estar junto e, assim, conhecer as demandas dessa população. O Consultório na Rua se constitui, desse modo, como um agenciamento que tem a potencialidade de romper com as práticas tanatopolíticas e disciplinadoras instituídas no campo da saúde.

Eu acho que a principal potencialidade do Consultório na Rua, no caso, é fazer parte da atenção primária. Porque no momento que a gente saiu da saúde mental, Consultório de Rua, tirou o foco da saúde mental estritamente. Então, quando a gente sai da saúde mental, que é o local onde a gente foca, principalmente, os transtornos mentais, as dependências né químicas em si, a gente sai desse foco e passa para, além desse foco, começar a ampliar o rol de cuidados, a carteira de serviços que a gente pode oferecer. Então a gente começa a ver, através de uma clínica ampliada, a integralidade do cuidado. E aí a gente pode sair até das nossas especialidades em si. Então permite que eu, como médico, possa abordar questões psicológicas, por exemplo. Que eu como médico possa atuar e estudar questões políticas né. O direito. Então tudo isso vale dentro dessa seara. E buscando, sempre, a integralidade do cuidado e a oferta do melhor cuidado de acordo com a necessidade da minha população, que eu assisto. Como médico de família, que eu tenho a obrigação de entender a minha comunidade e as necessidades básicas dela, eu vou focar todos os meus esforços né, no sentido de entender e oferecer os cuidados necessários (Trecho da entrevista com o médico da eCR).

A transformação de Consultório de Rua, integrante da política de saúde mental, em Consultório na Rua, estratégia da Atenção Básica (AB), representa a possibilidade de romper com uma visão reducionista e estigmatizante da população em situação de rua e de práticas biopolíticas que se fundam em uma tal visão e, assim, inserir o cuidado numa perspectiva de complexidade e integralidade. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/Portaria no 2.488/2011) a Atenção Básica diz respeito a um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção, prevenção e proteção no intuito desenvolver uma atenção integral que visa impactar na situação de saúde e autonomia, bem como nos condicionantes e determinantes da saúde. Para tanto, considera-se o sujeito tanto em sua singularidade quanto em sua inserção sociocultural. As práticas de cuidado e gestão devem ser, portanto, conectadas com a realidade do território.

De modo a dar efetividade ao princípio da integralidade, o atendimento é centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais e interdisciplinares que compartilham seus saberes e experiências. Tal modo de funcionamento viabiliza o aprimoramento das competências coletivas e, conseqüentemente, a ampliação da capacidade de atuação no cuidado em saúde de todos que a integram. Ainda relativo à integralidade, a Atenção Básica desempenha o papel de porta de entrada do sistema de saúde e coordenadora do cuidado por meio da articulação e tensionamento da rede (MACHADO, 2017).

Poxa, eu acho que a gente vai – a existência da gente, de existir um Consultório na Rua já diz respeito a alguma tentativa de fazer garantir o direito a essas pessoas de ter acesso ao cuidado em saúde né. Então eu acho que está totalmente relacionado né [aos direitos humanos], eu acho que é nesse viés que a gente existe. E como a gente brinca, às vezes, de dizer que a gente é uma equipe que busca, visa a sua autodestruição né. No sentido de que a gente vislumbra, um dia, não precisarmos de existir como uma equipe que se dedica ao cuidado dessas pessoas exatamente porque elas não têm acesso historicamente aos serviços de saúde que existem pra população em geral. Então a gente espera, um dia, não precisar existir. De criar, fazer com que essa garantia que deveria ser básica a todas, que esse acesso seja de fato uma realidade pra essas pessoas nas unidades, na rede de saúde que existe (Trecho da entrevista com uma das psicólogas da eCR).

A criação do Consultório na Rua é pensada como estratégia de inclusão e vinculação da PSR ao sistema de saúde rompendo como o histórico não acesso. A utopia que guia as ações seria, dessa maneira, o da possibilidade de “autodestruição” que só é possível mediante uma efetiva garantia da universalidade de acesso à saúde e demais direitos. Muito além de uma prática biomédica, a garantia do direito à saúde demanda uma prática ético-política que abarque os determinantes biopsicossociais, econômicos e políticos do adoecimento e do processo histórico de exclusão dos serviços de saúde. Nesse sentido, o Consultório na Rua

configura-se como elemento de conexão entre o mundo da rua e a rede de serviços (MACHADO, 2017). Restringir o cuidado da população em situação de rua ao Consultório de Rua, inviabilizaria a integralidade do cuidado e seria apenas outra forma de operar uma marginalização que contraria seu compromisso social. A complexidade de fatores envolvidos na produção da saúde e da doença desta população, demanda uma atuação intersetorial por meio de ações desenvolvidas de modo compartilhado e integrado com outros pontos da rede de saúde, como equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência, assim como com outras redes assistenciais e o sistema de garantia de direitos (SGD), de acordo com as necessidades dos usuários.

Prioriza-se nesta proposta a humanização do cuidado, em que o acolhimento, o acesso e o vínculo são valorizados como práticas políticas e terapêuticas. Tendo como balizadora a promoção da cidadania e da autonomia e a vinculação à rede de saúde, o Consultório na Rua faz uso de uma gama de estratégias, dentre as quais a busca ativa, o atendimento *in loco*, a redução de danos, a prevenção do consumo e dependência do crack, álcool e outras drogas, o estímulo à participação e controle social, bem como o matriciamento (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b). De acordo com os princípios da redução de danos, institui-se a criação de um serviço que, ao menos formalmente, não parte de um ideal a ser atingido *a priori*, que não busca normatizar, partindo de um objetivo pré-estabelecido, como a abstinência ou a retirada das ruas, mas, que calcada numa ética da alteridade, respeita o outro e diz respeito a vida desse outro que não se busca reduzir à norma.

O Consultório na Rua possui, portanto, uma dimensão documentada, explicitada nas normas, decretos e portarias que o orientam. Tal dimensão destaca uma homogeneidade das práticas profissionais. Coexiste, entretanto, com esta dimensão a história não documentada, na qual este dispositivo se concretiza e ganha vida. Aqui, os planos molar e molecular se entrecruzam e estabelecem a construção do real-social (BAREMBLITT, 1998; LOURAU, 1993). Das rachaduras do cimento duro da homogeneidade a singularidade da realidade cotidiana insiste em brotar. É nessa dimensão, não documentada, que os profissionais e os usuários – atravessados por seu contexto histórico-social-político-econômico – constituem os diferentes estabelecimentos do Consultório na Rua, que, apesar de orientados por determinadas diretrizes, se configuram como locais e circunscritos. Essa expressão local é constituída por um conjunto de formas e forças – de relações de saber-poder-subjetivação, de práticas discursivas, de instituições e normas, de condições de trabalho e de subjetividades singulares – que constituem a trama na qual se realiza o serviço (BAREMBLITT, 1998;

LOURAU, 1993) e que, muitas vezes, contradiz as diretrizes formais que pretendem orientar o cuidado ofertado.

Assim, o Consultório na Rua pode ser caracterizado como um dispositivo de saúde no sentido foucaultiano em que os dispositivos remetem a uma técnica de controle configurada por uma rede composta por elementos heterogêneos, como: discursos, instituições, leis, proposições morais, medidas administrativas - componentes ditos e não ditos - que se articulam em jogos de saber-poder-subjetivação (FOUCAULT, 2009). Diz respeito aos elementos a partir do qual, em dado momento histórico, os indivíduos identificam situações, elaboram práticas e constroem estratégias em torno de determinada esfera de problemas tornados pertinentes pelo dispositivo. É, portanto, encadeamento preparado de sequências, destinado a qualificar ou a transformar estados de coisas por meio do agenciamento de elementos linguísticos e materiais em cujo interior as práticas são organizadas. Refere-se a modos de operação capilares, sutis, não estáveis, que produzem modos de subjetivação pela via da subordinação, dominação e normalização (FOUCAULT, 1979).

Uma vez constituído, um dispositivo torna-se passível de ser operacionalizado em diferentes circunstâncias e momentos, isto é, de se auto reproduzir, mas também de modificar-se, mediante seu preenchimento estratégico. O poder pressupõe necessariamente a possibilidade de resistência. A indeterminação das práticas deixa transparecer imprevistos no interior do dispositivo possibilitados pelo reinvestimento dos sujeitos quanto a esses próprios dispositivos. Desse modo, é compreendida a possibilidade de reação ao dispositivo e às formas instituídas de normatização no próprio seio da definição de dispositivo. Rompe-se, desse modo, com a perspectiva dos atores como meros sujeitos sujeitados e parte-se da perspectiva de uma capacidade crítica dos atores - que vai de encontro com a perspectiva freireana adotada de homens condicionados, porém não determinados. O Consultório na Rua, portanto, comporta em si tanto forças instituídas como instituintes, a possibilidade de operar de modo coercitivo e a potencialidade de uma organização agenciadora em prol de utopias emancipatórias.

1.3 O SEMEIO

Esta dissertação desenvolveu-se de modo a cartografar o território existencial-político do Consultório na Rua e seus movimentos de produção de subjetividade. E ainda, voltou-se a identificação das forças instituídas, que capturam o funcionamento do Consultório na Rua e reproduzem técnicas bio-tanato-necropolíticas, assim como das forças instituintes, que produzem rupturas para com os discursos e práticas instituídas, traçando linhas de fuga que anunciam inéditos-viáveis. A metodologia escolhida nunca é uma escolha aleatória, pois reflete uma visão de mundo e as escolhas ético-políticas do pesquisador (Guattari,1992). A cartografia interessa-se pela experimentação de novos territórios, novos modos de existência, pela ruptura com aquilo que está instituído. Em vista disso, a escolha por tal orientação metodológica se deu por sua capacidade de articular análise e intervenção, teoria e prática, isto é, denúncia e anúncio.

A Cartografia é um método desenvolvido por Deleuze a partir de indicações de Foucault (PRADO FILHO & TETI, 2013). É, assim, ao mesmo tempo, derivação e incorporação das perspectivas metodológicas de Foucault. Deleuze a define como método para desemaranhar as linhas que compõem determinado dispositivo,

Desemaranhar as linhas de um dispositivo é, em cada caso, traçar um mapa, cartografar, percorrer terras desconhecidas, é o que Foucault chama de trabalho de terreno. É preciso instalarmo-nos sobre as próprias linhas, que não se contentam apenas em compor um dispositivo, mas atravessam-no, arrastam-no, de norte a sul, de leste a oeste ou em diagonal (DELEUZE, 2005, p.1).

A cartografia volta-se, portanto, para a compreensão dos discursos e das práticas de saber e poder que integram o dispositivo e seus efeitos de subjetividade – ou seja, um método que volta-se para o mapeamento de territórios existenciais. A cartografia tradicional é fundada sob o campo da geografia e tem como finalidade desenhar mapas referentes a territórios, suas fronteiras e demarcações, sinalizando a topografia e os acidentes geográficos, podendo dar também visibilidade às características sociais, étnicas, econômicas, dentre outras, de uma população. A cartografia tradicional caracteriza, assim, o território de forma extensa, porém estática. Já a cartografia social defende um cunho dinâmico de modo a dar conta não de um território físico, mas de um espaço composto por campos de força e relações. Desse modo, a cartografia social refere-se não a posições fixas, mas a movimentos, relações, jogos de verdade e de poder, embates entre forças, modos de subjetivação e de objetivação, bem como às práticas de resistência que compõe tal território (PRADO FILHO & TETI, 2013).

Cartografar diz respeito a incursionar no território subjetivo acompanhando e, a partir daí, problematizando. Todo dispositivo, e aí inclui-se o Consultório na Rua, evidencia um modo de organizar determinada oferta de serviço. Entretanto, destaca-se que é apenas um dos muitos modos possíveis. Tal organização se concretiza em seu espaço físico, organização, e se revela nos hábitos, escolhas, papéis desempenhados, ofertas de serviço, que, ainda que não sejam conscientes e discutidos - vez que há uma naturalização da rotina institucional - denunciam os atravessamentos que configuram o dispositivo e os processos de subjetivação e objetivação decorrentes.

Ao adentrar em um território interfere-se, todavia, em sua dinâmica, produzem-se novas configurações e significados. Trata-se, portanto, de um método de implicação e intervenção no qual o território habitado se abre para a construção de novas fronteiras, novos sentidos, redesenhando o mapa, produzindo cartografias e novos modos de ser e estar no mundo, pois entende-se que os sujeitos e suas identidades não são fixas, estão sempre em produção (TOSTA & SILVA, 2016). É método, por conseguinte, de acompanhar processos. Processos estes nos quais, pela a inserção do/a pesquisador/a no campo, interfere e ajuda a produzir. A cartografia não se refere, assim, à um método no qual o caminho está posto, submetido a procedimentos de pesquisa preestabelecidos voltados para coletar dados. Ao contrário, se refere à estratégia flexível que, a partir da análise de sua própria inserção no campo, traça caminhos que viabilizem evidenciar os processos de subjetivação e objetivação dos quais participa. “Existem tantas cartografias possíveis quanto campos a serem cartografados” (PRADO FILHO & TETI, 2013). O método cartográfico é escolhido pela possibilidade que engendra de lançar mão de estratégias, conforme a configuração do campo, que põe em evidencia os processos implicados em dadas situações (PAULON & ROMAGNOLI, 2010).

As estratégias metodológicas utilizadas nessa pesquisa dividiram-se em três etapas. A primeira, constituiu-se de um levantamento documental de documentos oficiais que regulamentam e orientam o funcionamento do Consultório na Rua, dentre os quais: a Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua desenvolvida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome; o Decreto nº 7.053/2009 que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua; a Portaria nº 3.088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; a Portaria nº 2.488/2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, a qual o Consultório na Rua integra; a Portaria

nº 122/2012 que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes Consultório na Rua; e, por fim, o Manual sobre cuidado à saúde junto à população em situação de rua do Ministério da Saúde.

A segunda etapa consistiu, por sua vez, da (com)vivência no campo. Por meio do programa Brasília Cidadã do Governo do Distrito Federal, vinculei-me ao Consultório na Rua como voluntária profissional e, portanto, apta para atuar e contribuir como psicóloga. Também foi participada a minha intenção de pesquisa e, mediante a concordância de toda a equipe, assinado o termo de consentimento institucional. Ao longo de seis meses frequentei o Consultório na Rua três vezes por semana, participando das mais variadas atividades. Acompanhei e realizei atendimentos psicológicos, oficinas, consultas conjuntas, atividades coletivas, abordagens na rua. Particpei de congressos com a equipe, das reuniões de equipe, de reuniões com outros atores da rede, da supervisão institucional. Enfim, compartilhei dos desafios e também dos sucessos, o que possibilitou não só compreender melhor as condições de produção das práticas cotidianas, mas de fato experienciá-las. Tal estratégia metodológica insere-se na perspectiva cartográfica que rompe com a neutralidade e objetividade positivistas que separam o homem da experiência, o sujeito do “objeto”. Rompe com o discurso que nega as multiplicidades e formas fragmentárias com que a subjetividade é produzida no real e nas relações. Este tal discurso é fundado numa perspectiva que busca uma verdade primeira a partir da fantasia, de acordo com o princípio da identidade, do tempo como incorporado a uma entidade cronológica que se cristaliza num presente vivido, pois o que é verdade, permanece verdade (LINS, 2001). A cartografia, ao contrário, reivindica a concepção de homem e de mundo como construídos no presente, que está em permanente dilatação, de modo que o pensar não é da ordem do interpretar, mas da ordem do devir, do experimentar.

Durante esta etapa fiz uso do diário de campo como dispositivo de registro e análise que permitiu-me refletir sobre o campo, sobre como este me afetava e, também, sobre minha implicação na própria constituição do campo. O diário permite o conhecimento do campo não a partir do “como fazer” presente nos documentos, mas do “como foi feito” da prática (COSTA & COIMBRA, 2008). A escrita diária do diário oportuniza também um tipo de reflexão própria do escrever que permite uma apropriação de realidades, dos afetos nela presentes e, por fim, do meu próprio posicionamento a partir de um movimento especular. O diário torna-se, nessa perspectiva, um analisador construído, assim como um instrumento para a análise da implicação.

A última etapa referiu-se à realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais do referido estabelecimento do Consultório na Rua e também com usuários do serviço com o intuito de aprofundar alguns elementos que se destacaram nas minhas vivências e, posteriormente, na leitura do diário de campo. Ao todo foram realizadas cinco entrevistas com profissionais da equipe e três com usuários do serviço. Quanto à equipe, a escolha dos profissionais foi feita de modo a abarcar todas as categorias: enfermagem, psicologia, assistência social e medicina. Além disso, foi utilizado o critério de disponibilidade e conveniência. Já com relação aos usuários, a escolha se deu de acordo com as vinculações mais fortes desenvolvidas ao longo da etapa anterior e, também, de acordo com a disponibilidade e conveniência.

A análise do material produzido foi feita por meio dos conceitos-ferramentas da Análise Institucional que auxiliaram no desvendamento de forças e fluxos não explícitos que atuam na manutenção das realidades tal qual elas estão, isto é, das forças instituídas. Na medida em se revelam tais forças, produzem-se as condições para que aconteçam processos instituintes que visam o novo. Dentre esses conceitos, pode-se destacar os analisadores, compreendidos como processos que provocam a revelação do que está não dito, não visível, e até não consciente, para um coletivo de determinada realidade (LOURAU, 2004). Os analisadores caracterizam-se como “catalisadores de sentido” auxiliando o pesquisador a compreender como as linhas de força atuantes e as diversas dimensões envolvidas em um campo se articulam para produzir o real-social.

Ainda outro conceito-ferramenta importante diz respeito à dialética instituinte-instituído. O instituinte e o instituído, para além de “formações sociais morfologicamente isoláveis e observáveis [...], trata-se, mais profundamente, de instâncias, de forças em complementaridade e luta” (LOURAU, 2004, p. 64). Ainda que entendamos o instituinte como a capacidade de inovar e contestar, na qual a prática política é significativa da prática social, e que entendamos o instituído como o processo de manutenção e não questionamento das instituições, a oposição simples e pura entre estas duas forças apenas mascara sua articulação no conceito de instituição (LOURAU, 2004).

As instituições são compreendidas como os códigos escritos ou não, mais ou menos acompanhados por um aparelho jurídico ou organizacional que regulam a vida humana por meio de instâncias individuais ou coletivas (LOURAU, 2004). Neste sentido, tanto a Saúde, a Clínica e os Direitos Humanos podem ser pensados como instituições. De acordo com a dialética de Hegel (1821 apud LOURAU, 2001), três momentos – a saber: a universalidade, a

particularidade e a singularidade –, se articulam de modo que as forças instituídas e instituintes se opõem e se complementam. A instituição é posta como universal na medida em que está intensamente inscritas nas mentalidades e práticas sociais fazendo-se passar por racional, obrigatória, normal e irrepreensível (LOURAU, 2004). Entretanto, essa universalidade é mediada pela particularidade de cada caso gerando, desse modo, formas singulares – ou porque não – instituintes. A relação instituído-instituinte é um eterno processo. O papel instituinte é de questionar e contestar a ordem estabelecida sendo natural, assim, que se inicie por desviantes, *outsiders*. Entretanto, tal irrompimento do novo acaba por se institucionalizar em equilíbrios transitórios. O instituinte ameaça o instituído, porém o instituído necessita do instituinte para avançar, e o instituinte precisa do instituído para criar seu projeto de transformação (LOURAU, 2004).

Tais conceitos orientam um olhar para o campo de modo a compreender as forças em jogo, bem como as práticas que se alinham com as forças instituídas que mantêm um *status quo* e as forças instituintes capazes de trilhar novos devires. A atitude instituinte implica a capacidade de uma análise da implicação, isto é, uma reflexão permanente da implicação do próprio ator social, das transversalidades que lhe constituem e constituem suas práticas (BAREMBLITT, 1988). A pesquisa participa da institucionalização de certa ordem social, mas sendo esta institucionalização um processo, coexistem nela inúmeras possibilidades. A pesquisa, nesta perspectiva, é concebida como processo de construção de conhecimento a partir de uma relação entre pesquisador e realidade pesquisada. Isso implica que há um processo mútuo de interferência que precisa ser considerado e analisado. Este contexto é, por sua vez, atravessado pelos modos de subjetivação, visto que a produção do conhecimento se relaciona com a produção do discurso, do desejo, de imagens, de símbolos e práticas de tal forma que “é adjacente a uma multiplicidade de agenciamentos sociais, a uma multiplicidade de processos de produção maquínica, a uma mutação de universos de valor e históricos” (GUATTARI, 2000, p. 32). Decorre daí a necessidade de incluir a subjetividade de quem pesquisa e sua implicação no campo como categorias analíticas.

Por fim, a restituição, isto é, a socialização dos resultados da pesquisa, coloca-se como dispositivo analítico de construção coletiva de conhecimento que favorece processos de autoanálise e de autogestão dotando a pesquisa de um caráter político-pedagógico. A restituição caracteriza-se simultaneamente como produção de nexos e desvio grupal, de conhecimento compartilhado e possibilidade de transformação (ROSSI & PASSOS, 2014). É precisamente por essa orientação para a viabilização de processos instituintes capazes de fazer

sonho florescer que optei pela Cartografia como postura de inserção no campo e de construção da pesquisa e da Análise Institucional como ferramenta de análise.

PARTE II – A UTOPIA

O sonho viável exige de mim pensar diariamente a minha prática; exige de mim a descoberta, a descoberta constante dos limites da minha própria prática, que significa perceber e demarcar a existência do que eu chamo espaços livres a serem preenchidos. O sonho possível tem a ver com os limites destes espaços e esses limites são históricos. (...) A questão do sonho possível tem a ver exatamente com a educação libertadora, não com a educação domesticadora. A questão dos sonhos possíveis, repito, tem a ver com a educação libertadora enquanto prática utópica. Mas não utópica no sentido do irrealizável; não utópica no sentido de quem discursa sobre o impossível, sobre os sonhos impossíveis. Utópico no sentido de que é esta uma prática que vive a unidade dialética, dinâmica, entre a denúncia e o anúncio, entre a denúncia de uma sociedade injusta e espoliadora e o anúncio do sonho possível de uma sociedade que pelo menos seja menos espoliadora, do ponto de vista das grandes massas populares que estão constituindo as classes sociais dominadas

Paulo Freire

CAPÍTULO 2 – A DENÚNCIA

É das entranhas de seu contrário que nasce o sonho, de maneira que antes é preciso compreender esse contrário (FREIRE, 2002). O sonho viável, adverte Freire, demanda pensar os limites da prática para, assim, identificar os espaços livres a serem preenchidos. A concepção de utopia como unidade dialética entre denúncia e anúncio (FREIRE, 2000), assim como a compreensão da instituição como constituída pela relação dialética entre instituído e instituinte (LOURAU, 2004), apontam precisamente para a necessidade de uma crítica imanente. Contra a eterna repetição do mesmo é preciso cultivar o estranhamento. Contra o saber que se constitui como técnica de dominação, o pensar crítico. “[...] A práxis revolucionária depende da intransigência da teoria face à inconsciência com a qual a sociedade deixa que o pensar se endureça” (ADORNO & HORKHEIMER, 1983, p. 124). É preciso que a ciência que se queira emancipatória rompa com a descrição que encobre e naturaliza os mecanismos de dominação e exclusão. Somente quando se compreende a própria realidade é que se pode transformá-la.

O Consultório na Rua como dispositivo de saúde, articula “discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, [...] enunciados científicos, proposições filosóficas e morais” (FOUCAULT, 1977b, P. 244). O modo como tal articulação toma forma, contudo, determina se garantirá a reprodução social ou se, ao contrário, instituirá

novos modos de subjetivação instituintes. O sentido das ações pessoais e práticas profissionais não pertencem apenas aos sujeitos que as perfazem, mas ao sistema completo das relações em que se inserem. “O poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles” (FOUCAULT, 2013, p. 14) que tanto exercem quanto sofrem sua ação. O poder é operado no campo das possibilidades. Incita, induz, desvia, limita, normatiza e normaliza. Enfim, governa o agir e, do mesmo modo, as próprias práticas profissionais.

O governo exercido é encoberto pela aparente liberdade de escolha (DARDOT & LAVAL, 2016) ou, ainda, pela percepção da total falta de escolha sob o signo da eternidade do factual, do que já é, em que o novo aparece sempre como predeterminado levando a escolher sempre o mesmo. Exige, então, adotar uma reflexividade que oportuniza adotar uma concepção que elimine a parcialidade que resulta necessariamente do fato de retirar os processos parciais da totalidade da *práxis* social” (HORKHEIMER, 1975, p. 133).

Contra o universalismo e a abstração da perspectiva hegemônica de direitos humanos que invisibiliza todos aqueles humanos que não tem direitos, e em nome dos direitos humanos como projeto e processo, é preciso reinseri-los no âmbito político - âmbito ao qual necessariamente pertencem – seja na sua constituição como fruto de lutas políticas, seja nas causas de sua violação. Somente compreendidos os jogos de poder se torna possível compreender como estes podem ser violados e anulados por práticas de poder legais e por ações percebidas como legítimas. Também é somente por meio dessa perspectiva, que se pode compreender as formas de sociabilidade e produção de subjetividades que impedem que as populações cujos direitos são cotidianamente violados de agir contra tais transgressões (GALLARDO, 2014). É na trama das relações sociais que os direitos ganham (ou não) vida.

Os direitos não são dados. Ao contrário, precisam ser construídos a partir de intervenções sociais e públicas, a partir de práticas sociais que preenchem e estruturam o cotidiano. A luta pela emancipação é, pois, uma luta diária contra as barreiras inúmeras erguidas pelo contexto social, econômico, político e cultural que impedem o acesso às condições materiais e imateriais que tornam a vida digna, isto é, aos próprios direitos. É luta para, no lugar de muros, construir pontes. Como é possível, todavia, derrubar barreiras que não se consegue enxergar? Como construir pontes capazes de derrubar muros?

2.1 BARREIRAS PARA O CUIDADO: FORÇAS TANATOPOLÍTICAS

As barreiras erguidas impedem o acesso para alguns às condições materiais e sociais necessárias à vida criando, conseqüentemente, a distribuição desigual da precariedade (BUTLER, 2015) e, também, concretizando e impondo os meios de matabilidade aos *homo sacer*, às meras vidas matáveis.

Os postos de saúde, a gente, infelizmente, principalmente aqui no Plano Piloto, eu acho que mais do que em outros locais do DF, a gente tem ainda uns postos de saúde com o atendimento mais... ainda com a cultura antiga de consulta programada, por exemplo, de burocratização de acesso. É tudo burocratizado. E as pessoas ainda não têm atenção primária dentro daquelas diretrizes né, de universalidade e integralidade do cuidado, como deveria ser aqui no Plano Piloto. É uma comunidade mais elitizada. Não dá para negar isso né. O nosso posto de saúde, ao qual nós estamos vinculados, ele atende pessoas, por exemplo, das embaixadas. Existe movimento, inclusive, por parte – pressão por parte da comunidade pra que a gente não fique na unidade de saúde, por exemplo. A gente ficou lá dez dias, por exemplo, e foi suficiente para ter até abaixo assinado. Claro que o abaixo assinado não chegou a ir, porque por outras condições, por outros acontecimentos a gente acabou voltando pro Centro Pop. Mas assim, foi emblemático. Foi uma experiência que nos surpreendeu tanto por conta do mau recebimento de nós servidores pela própria Secretaria de Saúde, de dizer que não tinha local para a gente trabalhar, a gente não conseguia dialogar com os servidores, os colegas lá, pra conseguir, por exemplo, uma receita, pra conseguir um encaminhamento né, o acesso ao computador pra fazer alguma coisa. Então, a gente notou que para nós já tinha essa dificuldade e quando as pessoas em situação de rua começaram a frequentar mais a unidade também foi, assim, um alvoroço. Então as pessoas começaram a ficar totalmente desorientadas, os trabalhadores, a comunidade também, os pacientes né incomodadíssimos. Tem paciente [em situação de rua] que até hoje não consegue fazer curativo lá. Ele fica do outro lado da avenida do posto de saúde do qual nós estamos vinculados, mas do outro lado da rua, e os trabalhadores não querem atendê-lo porque dizem que a ferida é muito contaminada e que vai contaminar o local e que não vai conseguir atender mais ninguém. E por isso não poderia atender as outras pessoas, as outras feridas, porque aquela pessoa já contaminou o ambiente. Então para não prejudicar ninguém, essa pessoa não poderia frequentar a unidade. Então, do outro lado da rua, com uma ferida, e também não tem uma solução. Ou seja, uma equipe ir lá e fazer o curativo no local já que esse problema foi apresentado como uma limitação da unidade e não do usuário, porque ele foi. Não há uma solução para que isso seja definido. Simplesmente é recusar o atendimento. É a solução que foi encontrada. Então, assim são coisas do Plano Piloto (Trecho da entrevista com o médico).

O caso relatado não é exceção, é a regra. Todos os dias incontáveis histórias de tentativas de acesso e do fracasso em acessar. A violação do direito à saúde, a “exceção”, é o próprio estado das coisas. Torna visível, portanto, a relação de exceção em que determinados corpos são postos fora da lei, isto é, expostos e colocados em risco (AGAMBEN, 2004). O direito positivado à saúde, a nota técnica que reitera o direito da população em situação de rua de ser atendido não só no Consultório na Rua, mas em qualquer dispositivo de saúde, pouco são capazes de alterar a relação arraigada de absoluto a(bando)no.

A fala “são coisas do Plano Piloto” permite pensar uma naturalização fruto de uma organização social que tem suas raízes na própria constituição de Brasília e do Distrito Federal. Brasília, cidade planejada, foi construída graças à migração de milhares de trabalhadores. Aqueles que construíram Brasília com as próprias mãos, contudo, não puderam usufruir desta. Foram elaborados núcleos urbanos afastados do centro político e administrativo para abrigar estes corpos (HORA PEREIRA, 2016), expressão de uma organização espacial voltada para apartar as camadas populares do domínio da *pólis*. Organização espacial que, na realidade, permite identificar pelo próprio endereço os *zoon politicon* e o *homo biologicus*, mera vida nua. Fica evidente a apartação e exclusão socioespacial que marca Brasília desde sua origem. Tal apartação não é, contudo, apenas socioespacial, nem tampouco a desigualdade apenas econômica ou, ainda, apenas uma tentativa de despolitização necessária ao controle. Diz respeito também a uma distribuição espacial entre territórios em que reina lei e territórios em que reina a exceção. Tal divisão coincide com as áreas dos mais altos índices de violência. Diz respeito à constituição do que Agamben (2002) denomina de zona de indeterminação existente entre cultura e natureza, inclusão e exclusão da ordem da legalidade. São as zonas habitadas pela vida nua, pelas vidas matáveis. Diz respeito à fragmentação espacial e social que organiza a política-espacial de produção de morte que serve, a seu turno, ao governo dos vivos (MBEMBE, 2018).

A ocupação do Plano Piloto pela população em situação de rua é percebida, portanto, como algo fora da ordem, algo que rompe com a fantasia do estado de direito daqueles que habitam ‘por direito’ – ou ainda, como quer a ideologia neoliberal, por mérito – esta área. A presença da população em situação de rua rompe com a invisibilidade da desigualdade produzida pela organização socioespacial e pela não existência de condições de acesso – distância, preço e frequência do transporte público etc. - que escamoteia esse Outro. Este Outro acessa esse território somente para atender às necessidades do capital, como trabalhadores subordinados. A presença que extrapola tais condições foge da norma. E tudo que foge da norma demanda ser normalizado.

Então ainda há uma noção de que essas pessoas não estão no lugar ainda delas, que elas não pertencem. Uma sensação de não pertencimento. E de que é inadequado. É uma situação inadequada e que alguma coisa tem que ser feita, que tem que ter alguma intervenção (Trecho da entrevista com o médico).

Práticas ditas ilegais são ancoradas precisamente na necessidade de intervenção que

passam a ganhar, então, status de verdade e aceitação em que impera a indistinção entre legislações formais e intervenções extralegais (GOMES, 2017). À agressão da legalidade é conferida status de legalidade por estratégias de poder provenientes de uma miríade de agentes posicionados em diferentes instâncias burocráticas. São tais práticas que instituem uma diferença de igualdade e que produzem, em última instância, a vida nua.

Para que serve uma Unidade Básica de Saúde se esta não é capaz sequer de cuidar de uma simples ferida? A desculpa dada, de que a ferida era tamanha que contaminaria o local – desculpa implausível, pois quantas feridas não são ali cuidadas diariamente? – diz aquilo que não é dito: do medo de ser ‘contaminado’ pelo simples contato com aquele Outro, com aquela alteridade radicalizada a tal ponto que perde sua humanidade. Que sua ‘anormalidade’, sua ‘falta moral’ contamine o eu normatizado; que sua vida nua, de alguma forma, macule a vida digna. A pergunta deveria ser então: a quem serve uma Unidade Básica de Saúde do Plano Piloto? Por que é que a presença dessa alteridade precisa ser evitada a qualquer custo – a custo da própria legalidade? O encontro com o Outro, com o diferente carrega em si a possibilidade de fazer ruir as certezas produzidas acerca desse outro, de maneira que o Outro passa a ser signo de uma ameaça a preservação não só de um “eu” (NASCIMENTO, 2010), mas da ordem instituída. A alteridade é inaugural e anterior à possibilidade instituída de um eu (COELHO & FIGUEIREDO, 2004), é, portanto, modo de subjetivação, de maneira que o estar-com diz respeito a um devir do eu afetado, transformado e desestabilizado por esse Outro que obrigada a enxergar o não vivido; que faz ver aquilo que precisa ser ignorado para que se possa permanecer sendo do jeito que si é e as coisas possam permanecer tal qual são.

A produção da subjetividade é indissociável da intersubjetividade. Coelho e Figueiredo (2004) apontam matrizes organizadoras da experiência da intersubjetividade que desempenham diferentes funções inerentes a constituição subjetiva. A dimensão transubjetiva, de cuja teorização Heidegger, Scheler e Merleu-Ponty servem de referência, diz respeito a “uma modalidade pré-subjetiva da existência” (p. 05). Destaca, portanto, o caráter social do próprio eu. Já a dimensão traumática, refere-se à alteridade que traumatiza e, por consequência, constitui. Diz respeito à abertura ao outro que ultrapassa a capacidade de compreensão, mas que exige resposta, afinal o sofrimento de outrem é inaceitável (LÉVINAS, 1982/2010). De acordo com Lévinas, o fundamento do cuidado, reside neste enxergar o Outro em sua alteridade que torna possível ver o sofrimento que não me aflige diretamente. A matriz referente à intersubjetividade intrapsíquica, por sua vez, se associa a uma presença-ausência desse Outro no interior do próprio eu e que, devido a esta dinâmica,

anuncia o conflito psíquico. É este conflito, propiciado pelo afetar-se por esse Outro que passa a ser parte de mim na medida em que me constitui, que possibilita estranhar a ordem dada e impele trabalho e transformação.

Butler (2015) argumenta que a afirmação de direitos surge onde condições de interlocução podem ser pressupostas ou minimamente invocadas quando ainda não estão institucionalizadas. E, também, que o enquadramento que permite apreender determinadas vidas como vidas indignas de serem vividas, funciona normativamente, mas na sua circulação, isto é, na sua aplicação a outros contextos, pode colocar certos campos dessa normatividade em questão. A circulação deste enquadramento para uma situação em que a pessoa em situação de rua está presente, com todas suas contradições e singularidades, é potencialmente desestabilizadora dessas normatividades que constituem a população em situação de rua como vida matável. A exclusão desse Outro dos espaços de sociabilidade e das condições de interlocução cumpre, portanto, um papel político de eternização da ordem instituída.

Criam-se regras de exclusão de modo a reprimir significados confusos e ambíguos referentes a determinado grupo social para que não parem dúvidas sobre a diferença entre o “eu” e o “Outro”, o “nós” e o “eles”. A convivência é limitada ao tolerável, à medida que o “Outro” serve como espelho para afirmar uma auto definição, para superlativizar o mesmo e negar a humanização deste Outro. A exclusão, ao ceifar a com-vivência e a possibilidade que esta enseja de desafiar os estereótipos e discursos que sustentam os enquadramentos que produzem a população em situação de rua como vida nua, reatualiza a redução que transforma a situação de rua como essência do “sujeito” e, em última instância, na própria negação da condição de sujeito.

Foucault (2002) defende que a interdição se torna possível por meio da construção de indivíduos ou coletividades que representam um sentimento generalizado de “convicção íntima de culpa” (p. 10). Dardot e Laval (2016), a seu turno, argumentam que o neoliberalismo inaugura uma nova forma de gestão subjetiva, que nasce no campo da Economia e do Mercado, mas que se infiltra em todas as relações sociais, e que esconde a produção histórico-social e política dos corpos. Transfere-se o princípio de regulação do Estado para o mercado que não apenas exime o Estado de sua responsabilidade para com seus cidadãos, mas também opera uma lógica individualizante meritocrática. A vulnerabilidade é retirada da esfera social, política e econômica e passa a ser atribuída às escolhas pessoais. O

indivíduo passa a ser o culpado pela própria miséria. A figura da “convicção íntima de culpa” extrapola o campo jurídico invadindo o social e compreende uma “autorização para condenar sem provas” (FOUCAULT, 2002, p. 10). Partindo da ideia de que “ninguém é suspeito impunemente” (Idem), a culpa é atribuída *a priori*, assim como a punição. A vigilância se exerce não a nível do que se faz, mas do que se é (FOUCAULT, 1979), ou ainda do que não se é ou foi capaz de ser,, que se assume a partir da produção essencializada do não-eu (CARNEIRO, 2015).

A cena social é onde se realiza a vigilância e a punição como tecnologias de controle ocupando, assim, o lugar do panóptico (CARNEIRO, 2015). As barreiras erguidas para o acesso aos dispositivos de saúde constituem a própria punição atribuída à culpa do ser pessoa em situação de rua. Perpetuam, ainda, a produção da população em situação de rua como vida nua: a ausência de pertencimento e de acesso aos espaços de sociabilidade anula qualquer possibilidade de romper com os enquadramentos que a produzem enquanto tal. As barreiras são, assim, engrenagem na maquínica produção da exclusão. A decisão de não atender representa, também, a decisão sobre a vida nua na qual consiste a soberania (AGAMBEN, 2002). Tal decisão demarca a “linha que assinala o ponto em que a decisão sobre a vida torna-se decisão sobre a morte, e a biopolítica pode deste modo converter-se em tanatopolítica” (AGAMBEN, 2002, p. 100). Tal linha, sempre em movimento, se desloca de modo a abranger cada vez zonas mais amplas da vida social, de modo que o soberano entra em uma simbiose progressivamente mais íntima não só com o jurista, mas com o médico, cientista, perito... com qualquer um capaz de negar as condições para que a vida possa ser vivida.

Ainda outra tecnologia de poder utilizada para garantir o não acesso da população em situação de rua é a burocracia. Butler (2015) aponta que toda vida é precária, pois depende de determinadas condições sociais e políticas para viver. A precariedade implica também que a vida está sempre, de algum modo, nas mãos do outro. E não apenas daqueles que conhecemos, mas também dos que não conhecemos. De modo recíproco, isso implica que a cada um é impingida a dependência dos outros. Esta responsabilidade para com a vida do outro, no entanto, é atravessada e influenciada pelos enquadramentos que “enquadram a situação” atribuindo-lhe determinado sentido que justifica a distribuição desigual da precariedade e a constituição de vidas consideradas matáveis. A burocracia é um dos elementos envolvidos na produção de uma desresponsabilização pela vida do outro.

Porque a rua é foda. Em termos do Consultório na Rua, cara, é uma das coisas

melhores que fizeram para o modo da população em situação de rua. Por quê? Se a gente aqui da rua vai para um hospital, é discriminado porque mora na rua. Muitos não têm documentos. Não quer atender o cara porque o cara não tem documento! O cara vai morrer porque não tem um documento? Isso não existe cara! Não atendem! Isso é negligência cara! Cadê a ética do profissional? Cadê a ética do médico? Cadê ética do enfermeiro? Isso não existe! Se o cara está ali, ele está precisando de atendimento médico, cara. É um cidadão brasileiro que está ali morrendo. Igual um colega meu que morreu na porta do HRAN 2 meses atrás (Trecho da entrevista com Carlão, usuário do serviço).

O momento em que a burocracia extrapola seu caráter de elemento operacional de ordenação de tarefas e objetos e invade a relação entre os sujeitos (SOUSA & VERONESE, 2016) marca o momento em que a biopolítica transforma-se em tanatopolítica. Reduz-se a responsabilidade perante a vida do outro à normas e regulamentos operando, assim, uma impessoalidade que despe a experiência de seu valor de transmissão. Ceifar a experiência como balizadora das nossas decisões em nome de padrões gerais que determinam nossas ações escamoteia a responsabilidade e proporciona as condições para a “banalização do mal” (ARENDDT, 1999). A burocracia compreendida como “estrutura na qual a direção das atividades coletivas fica a cargo de um aparelho impessoal hierarquicamente organizado, que deve agir segundo critérios impessoais e métodos racionais” (MOTTA, 2000, p. 07) reduz sujeitos a indivíduos desprovidos de autoria, a meros reprodutores de procedimentos técnicos, mera engrenagem da máquina. A hierarquização, a fragmentação das tarefas e a dissociação dos fins e meios inviabilizam a implicação no trabalho e produzem uma alienação imprescindível à manutenção do *status quo*.

O que me revolta é ver que ele tem direito a benefícios, a passe livre, a auxílio e ele não tem acesso a nada disso por que ele não consegue burocratizar o problema dele. E a gente vive em uma sociedade burocrática assim, você precisa botar no papel, levar não sei aonde, tirar não sei o quê... Seria muito mais fácil que tivesse um lugar que ele fosse e mostrasse que ele não tem a perna, “ah é mesmo você não tem uma perna, toma aqui o seu benefício”. Pronto. Era muito mais barato para o Estado, muito mais fácil para ele. E não temos. É isso, esse paciente – eu estou com alguns assim – que são cadeirantes, deficientes, sabe, que não estão tendo acesso a nenhum direito porque a gente tem um sistema que fecha as portas para eles mesmo. Um sistema onde eles têm que minimamente organizar a história deles e para eles isso é insuportável, entrar aqui dentro, ficar aqui dentro, falar, esperar o médico escrever... então, eles não têm acesso a nada e eles teriam acesso a uma renda boa mensal. Isso está sendo difícil assim, às vezes eu vejo paciente aí me dá essa vontade de sentar... mas teve um que gritou comigo, ele veio para cima de mim... esse e um outro, um cadeirante que veio aí hoje, grosso. Chegou grosso. E ele não recebe nada. Está na rua e é um dos nossos primeiros pacientes. É a segunda vez que ele aparece aqui. E eu fiquei frustrada. E ele saiu dando ré na cadeira de roda dele puto, porque eu chego pra ele e falo assim, “pra você ir pra uma clínica de recuperação você tem que passar pelo CAPS”, “que CAPS? Eu estou aqui, você não vai resolver meu problema? Você não vai resolver?”, “não, é o CAPS que faz o repasse”. Essas coisas, esses trâmites me deixam muito frustrada (Trecho da entrevista com uma das psicólogas).

São incontáveis os relatos de pacientes que contam terem sido impedidos de utilizar o SUS porque não possuíam documento para identificação e/ou comprovante de residência para a realização do cadastro. A burocracia complexifica o que é simples e simplifica o que é complexo (SOUSA & VERONESE, 2016). Não basta atestar que se necessita de cuidado, o cuidado é condicionado por diversas variáveis que simplesmente não fazem sentido para essa população. A exigência de documentos, o atendimento exclusivamente via marcação de consultas quando não se tem sequer um relógio para saber a hora, quando não se tem condições de pagar pelo transporte necessário para a locomoção... a não adequação às normas sociais associada à essencialização dessa não adequação estabelece a população em situação de rua como “incorrigível”. E é a linha do incorrigível que divide os disciplináveis daqueles apenas matáveis.

Butler (2015) coloca que uma maneira de pensar o problema relativo a quando a vida precária passa a ter direito à proteção é a partir da filosofia moral, “quem decide e com base em que a decisão é tomada”. O anonimato característico dos sistemas burocráticos desempenha aí importante papel.

Foram cinco horas de ação. Argumentando com chefe de equipe de que ele precisava atender. O argumento é que, “agora não dá”. “Tá com muita gente”. “O staff fez errado em receber” e que ele teve que fazer não sei o que e que não era lá, era da responsabilidade de outra pessoa. É sempre empurrando né pra outro lugar. E a gente dizendo, “não, o lugar é aqui. A gente fez tudo, tá aqui o relatório”. Cara, e assim, muita argumentação. Muita, Rafa. Isso com o médico da equipe junto argumentando com um colega médico, tendo que dizer, “eu também sou médico, eu estou atestando que ele precisa retirar os ferros”, coisa que era mais evidente. “Ele precisa tirar os ferros que estão apodrecendo a perna dele”. Então assim, foi bem difícil (Trecho da entrevista com uma das psicólogas).

A descrição de uma intervenção em que ela, psicóloga, a assistente social e o médico do Consultório na Rua acompanharam um paciente que necessitava ser atendido no hospital, devido à alta complexidade de seu agravo, destaca a compartimentalização do sistema em especialidades e áreas de competências fixas em que o compartilhamento de informações e competências é limitado tornando, assim, a burocracia o domínio de ninguém (SOUSA & VERONESE, 2016). Domínio em que ninguém pode ser responsabilizado.

Butler (2016), todavia, defende que há ainda outros questionamentos mais fundamentais para pensar o problema: em que ponto a “decisão” aparece como relevante, apropriada ou obrigatória? É precisamente aí que incide a burocracia, pois invisibiliza a própria possibilidade de decisão. Para que a alteridade não traga consigo a dimensão

traumática que impele a um posicionamento e uma responsabilização da qual falam Coelho e Figueiredo (2004), é imperativo que predomine determinada forma de interação social. Goffman (1979) denomina tal forma de interação social como “desatenção civil”, expressa na falta de investimento entre sujeitos possibilitado pelo distanciamento. Hannah Arendt (2004) argumenta que para fazer o mal não é preciso ter capacidade de vilão, mas apenas suspender a capacidade de pensar. Acrescentaria, ainda, que diz respeito à suspensão das condições para sentir e ter empatia.

A tanatopolítica que incide sobre a população em situação de rua não resume-se aos infinitos não e barreiras de acesso. Engloba também as barreiras erguidas para que a própria equipe do Consultório na Rua não seja capaz de desempenhar seu trabalho de luta contra a maré de forças tanatopolíticas que insistem em fazer/deixar morrer. O trecho da entrevista com o médico do Consultório na Rua evidencia que as barreiras impostas à população em situação de rua são estendidas à equipe do Consultório na Rua. Tal percepção é enfatizada também pela psicóloga, “aí a gente é colocado no lugar da pessoa em situação de rua. A gente é rejeitado como eles são. A gente sente na pele o que eles sentem. E eu acho que é um desafio para a gente” (trecho da entrevista com a psicóloga Sabrina). Esse entendimento é compartilhado por grande parte da equipe e é ressaltada, mais uma vez, pela assistente social,

Bom, como as barreiras que são postas a essas pessoas normalmente são questões estruturais e questões culturais e... e... e que são coisas muito fortes e arraigadas e que levam tempo e gastam muita energia pra serem modificadas, eu acho que a principal dificuldade é se deparar com essa estrutura e com essa cultura excludente, essa cultura de preconceito todos os dias. Essa, pra mim, é a maior dificuldade. A gente se perceber atuando com pessoas que as instituições não estão preparadas para acolher, e não querem também. Não demonstram, pelo menos, querer. Não demonstram ter interesse nisso. E de, por exemplo, alterar a estrutura social na qual a gente está inserido hoje não é uma tarefa que a gente tenha... que a gente tenha um retorno diário, que a gente consiga ver uma mudança com facilidade. É um processo de construção, é um processo lento e é um processo de desconstrução também. Então, pra mim, eu vejo essa como a maior dificuldade. Assim, as pessoas serem percebidas como pessoas com necessidades diferenciadas e, ao contrário disso, o tratamento que elas e, as vezes, a gente também, por ser a equipe que fala né, muitas vezes a equipe dá voz a essas demandas, a gente também sente essa, enfim, esse distanciamento, essa falta de preparo e essa falta de interesse (Trecho da entrevista com a assistente social).

A equipe do Consultório na Rua ocupa o lugar de “porta voz” das demandas incapazes de chegar às redes institucionalizadas e espaços de interlocução porque cotidianamente barrada. A equipe faz uso do seu caráter de agentes do estado, assim como da sua qualidade de pessoas enquadradas numa determinada norma social, para fazer chegar tais demandas provocando, assim, ainda que parcialmente, o encontro com a alteridade que é evitado em

nome de manter a ordem instituída. Por desempenhar esse papel, são condenados a integrar a estrutura do Estado sob o signo da exclusão, da relação de bando caracterizada pelo a(bando)no (AGAMBEN, 2002). Não só o não atendimento de pacientes que vivem nos territórios de responsabilidade das Unidades Básicas de Saúde; o não atendimento de pacientes encaminhados (Ele [o gestor] ligou para a Fernanda, chateado e bravo dizendo que “não era para encaminhar esses pacientes nossos” para lá. Foi doído ouvir do nosso próprio gestor o preconceito que permeia o sistema de saúde que ainda segue longe de ser universal” – trecho do diário de campo de 26/09/2018); o convite que não é estendido à equipe do Consultório na Rua para determinadas reuniões; a não disponibilidade citada pelo médico quando tiveram de permanecer 10 dias na UBS a qual estão vinculados; mas também a não responsabilização da gestão e da própria Secretaria de Saúde pelas não-condições de trabalho do Consultório na Rua.

O estabelecido do Consultório na Rua estudado é marcado pela particularidade de funcionar dentro do mesmo terreno (são duas construções diferentes, no entanto) que o Centro Pop, política da assistência social voltada para a população em situação de rua. Durante o campo do meu mestrado pude perceber um aumento acentuado dos conflitos e da violência dentro do estabelecimento. O estopim foi o episódio em que um paciente que havia sido não só encaminhado, mas pessoalmente levado para o Hospital São Vicente para internação para estabilização devido a crise em transtorno mental, três vezes e que diante de três negativas, sem outro lugar para ir e extremamente desorganizado, acabou por quebrar as portas e janelas do Consultório na Rua amedrontando, assim, alguns dos profissionais presentes. Tal episódio culminou na retirada da equipe às pressas, sem qualquer diálogo ou consulta, do estabelecimento. “A gente viveu na pele o que era estar na rua, no sentido de que ficamos uma equipe na rua mesmo durante um tempo, que não tinha pra onde ir” (trecho da entrevista com uma das psicólogas).

Na sexta-feira soltaram uma bomba. Após a reclamação de uma das profissionais assustada pelo episódio do Leandro decidiram nos tirar do Centro POP. Avisaram-nos que eventualmente iremos para o Centro de Saúde n. 7 na Asa Sul. Eventualmente quando? E até lá? Foi um choque. Alguns sentiram-se aliviados perante a situação crescente de violência e estresse. Outros, e mesmo aqueles que se sentiram aliviados, sentiram-se frustrados diante da mudança considerando o distanciamento da população alvo da política da qual somos executores. No Centro POP nos deparamos diariamente com cerca de 100 pessoas em situação de rua fazendo uso do espaço e/ou em busca de atendimento. Perante o fato de não termos mais veículo, esse acesso é de suma importância. A UBS, por outro lado, fica distante da área central, onde fica concentrada grande parte da PSR, sendo, assim, de mais difícil acesso especialmente para aqueles mais vulneráveis que não possuem outro meio de transporte que não andar. Me parece que se o caminho é o de criar condições de parcerias intersetoriais,

de estar próximo e criar condições de acesso à um público marginalizado e vulnerável, estamos no caminho inverso do que deveríamos estar (Trecho do diário de campo de 19/11/2018).

A decisão foi tomada sem preocupar-se com a continuidade do serviço, sem a implicação para compreender a gênese do fenômeno em questão. Quando questionados sobre ao que atribuem o aumento na violência, os profissionais são (quase) unânimes: as barreiras de acesso erguidas pelo Centro Pop devido às não-condições institucionais de atendimento que acabam por gerar um clima coletivo de revolta que, retirado do seu contexto social de produção, reforça os estigmas de periculosidade da população em situação de rua.

Olha, a gente tá com esse equipamento do Centro Pop, onde nós estamos, ele está passando por um período muito difícil, realmente, como instituição. E não tem oferecido minimamente aquilo que lhe é atribuído, os serviços né. Então, por exemplo, a gente não tem oferecido o atendimento necessário, a quantidade de atendimento necessário. As vezes, o benefício vem e não chega na mão do usuário a tempo ou, as vezes, nem chega na mão do usuário. E o benefício está lá. Parado. Porque não tem servidor suficiente pra desburocratizar esse acesso. Então assim, pô uma pessoa que tá na rua não tem acesso ao dinheiro, que vai fazer muita diferença pra ele, que é direito dele, tá lá na lei. Eu posso até pensar errado, ser contra, mas o fato é que tá na lei e é um direito e ele não tem acesso a esse direito previsto em lei, que é aquele dinheiro lá. Eu não tenho as oficinas também. Eu não tenho as abordagens sociais pro Centro Pop, que os servidores do Centro Pop deveriam estar fazendo. Acaba que está sendo terceirizado para o Instituto IPÊS esse trabalho, que não é o ideal. Nós Estado é que deveríamos estar lá na rua né. Então assim, são muitas condições que têm trazido uma insatisfação muito grande pras pessoas. As pessoas geram expectativa nelas e aí, depois, vem a frustração. Um sentimento de revolta muito grande. Então, em parte, eu acredito que há uma insatisfação muito grande por conta disso. Nós, como Consultório na Rua, acabamos recebendo um pouquinho, direta e indiretamente, o impacto dessa revolta (Trecho da entrevista com o médico).

Ah, eu atribuo realmente a uma falência. Eu realmente acredito que houve um aumento no nível de violência e agressividade aqui dentro fomentado pela barreira de acesso na assistência. Houve um fechamento praticamente né do Pop. Não tá atendendo gente nova, Rafa. Então quem chega e tá na rua, tá na rua, tá a mingua, não tem acesso. Então como que uma pessoa, assim, minimamente saudável não vai se revoltar com isso, entendeu? Então assim, eu vejo que o aumento da violência estava totalmente relacionado a um momento que a assistência social tá passando (Trecho da entrevista com a psicóloga Isabela).

O segundo acontecimento que o Roberto me relatou foi referente a eminente suspensão do almoço oferecido pela SEDEST devido a falta de servidores. Mais revolta. Quantas mais barreiras de acesso? Por quanto tempo a falta de servidores será utilizada como justificativa para violar direitos? Porque isso não foi discutido com a equipe do Consultório na Rua, vez que também afeta a ela? Para piorar Roberto informou que o POP também está contemplando apenas liberar a entrada de usuários com agendamento para aquele dia. Considerando que parte do serviço consiste num ambiente de convivência e num ambiente para lavar suas roupas e tomar banho, ambiente este que eles não têm em outros lugares, seria uma patente violação de direito por aqueles que devem cumpri-lo. A convivência, ainda que ocorra de modo mais estruturado e profícuo com a presença de servidores e atividades, é um momento que prescinde de muitos servidores. Mais uma vez, isso é informado ao Consultório na Rua e não discutido conjuntamente. Atualmente todo o atendimento do

Consultório na Rua é realizado na modalidade de demanda espontânea, isto é, de pessoas que buscam atendimento espontaneamente, sem agendamento, devido a alguma queixa. Regular a entrada de usuários criaria também barreiras de acesso ao serviço de saúde (Trecho do diário de campo de 31/10/2018).

Dividir o mesmo terreno com o Centro Pop é positivo na medida que, não havendo carro para realizar atendimentos *in loco*, permite acessar a grande concentração de pessoas em situação de rua que frequenta o Centro POP e o espaço de convivência proporcionado por ele, que conta com tanques para lavar roupa, banheiros para a higiene pessoal e a oferta de lanche e almoço. Entretanto, para além de colher os efeitos das dificuldades institucionais pelas quais a assistência social passa, há a dificuldade “de que que a gente fica em um espaço... meio que como se a gente não tivesse autonomia nesse espaço, de usar esse espaço que nem como se fosse nosso” (trecho da entrevista com uma das psicólogas). Implica, então, em uma relativa falta de autonomia pelo fato do espaço ser cedido pela assistência social de maneira que são eles que determinam as condições de uso desse espaço.

Contudo, não são apenas as barreiras oriundas das não-condições de trabalho da assistência social que afetam o Consultório na Rua. A primeira grande barreira que o Consultório na Rua encontra para o desempenho de sua função social, de serviço promotor da vinculação da população em situação de rua à rede, é a própria relação de a(bando)no da gerência e da Secretaria de Saúde para com eles. Essa relação ficou evidenciada pela postura da gerência quando da retirada do Consultório na Rua do Centro Pop. Eles foram retirados porque havia uma preocupação com a segurança da equipe e eles foram retornados, após serem ouvidos acerca de todas as questões envolvidas na produção dessa situação precária de trabalho (falta de material, falta do carro, falta de salas para realizar atendimentos, etc.) sem que nada fosse feito a respeito. A volta para o Centro Pop – como alternativa à permanecer no Centro de Saúde em que foram criadas situações que impossibilitavam o trabalho e barreiras de acesso incontornáveis – se deu mediante a decisão, motivada ética e politicamente, da equipe por sustentar uma condição precária de trabalho para não ser parte da construção de barreiras de acesso.

Bom, então, essa... eu acho que a gente não tem, apesar de que é exigido também das nossas obrigações como trabalhadores, a gente não tem situação de trabalho adequado para o que a gente faz. E eu acho que a gente faz muito. E eu acho que ficou mais latente essa falta de condição e esse abandono e essa falta de responsabilidade mesmo da nossa gestão com as questões que aparecem aqui. Ficou bem evidente que ninguém iria se responsabilizar, e de fato ninguém se responsabilizou, a gente segue aqui na mesma situação. Não teve nenhuma mudança, nenhuma intervenção,

nenhuma melhoria. A gente segue aqui tentando fazer o que é possível. Mas o serviço, as ofertas pioram. O serviço lá na UBS, incrivelmente depois que a gente foi pra lá, as pessoas estão tendo menos acesso lá, porque eles estão encaminhando gente que está lá na porta deles pra aqui. Estão se recusando a atender. Então pra esse momento que foi difícil tem a ver com sucateamento, com abandono mesmo. Uma questão mais macro mesmo. A incapacidade de lidar com esses problemas pela gestão mesmo, sabe? É o que tá acontecendo aí no Centro Pop. O Centro Pop está com atendimento restrito, criando barreiras de acesso. E gera frustração, gera raiva nas pessoas. E dá pra entender. Não dá pra entender uma pessoa lá fora precisando lavar uma roupa e o tanque aqui dentro sem ninguém usar e não pode usar porque tem um limite. É difícil, também, as pessoas entenderem. Mas o que os trabalhadores dizem, lá do Centro Pop, é que tá difícil também manter aberto. O trabalhador lá do Centro Pop, procura a SEDEST, a SEDEST diz que não tem como fazer nada, então... é isso (Trecho da entrevista da assistente social).

O abandono, entretanto, apenas foi ressaltado pela falta de responsabilidade da gestão para com as questões levadas pela equipe quando de sua retirada do Centro POP, pois que este abandono é de longa data.

E, assim, botar um maquinário mais completo né, cara. Aqui tá precisando... aqui também estava precisando de um dentista. Aqui tinha que ter um dentista. Porque muitas vezes a gente tá com doente aqui e tem que ir lá pra 810¹⁴ sul e o cara também não tem dinheiro, tem que subir a pé. Não tem um carro pra levar. É isso que eu falo, o maquinário é esse. Ter o transporte pra levar o usuário até os postos de saúde. E outra coisa: esses postos de saúde também tem muita negligência com a população em situação de rua. Quando o pessoal saiu daqui lá pra 810 cara, mó dificuldade pra atender nós. O pessoal estava com o maior preconceito. Fizeram abaixo assinado pra tirar de lá porque o pessoal de situação de rua estava indo. Qual é? Porque tirou daqui, então? Porque que deixou defasar isso tudo pra ir pra lá? Pra ser humilhado? Não, isso não existe. Não entra na minha cabeça um bagulho desses, não (Trecho da entrevista com Carlão, usuário do serviço).

A defasagem relatada por Carlão é fruto de uma história de abandono que é reiterada pela fala do técnico de enfermagem que pontua alguns dos aspectos que dificultam o trabalho:

Assim, da questão da saúde, pro usuário ainda falta muito. É porque a gente mesmo da equipe, a gente tá faltando, por exemplo, carro né. Tá faltando uma coisa que seria essencial pra essa atividade itinerante. A gente acaba tendo que ficar até uns conflitos até entre... até entre colegas, porque, tipo, a gente tem que usar o nosso próprio bem pra uma coisa que a instituição tem que dar, então fica meio complicado. A instituição quando colocou essa questão de Consultório na Rua, fez esse programa, pra mim já tinha que colocar que todos os serviços já tinha que ter automático – automaticamente – o carro com motorista e, assim, ter a equipe pra fazer esse serviço na rua. Então tipo, pra melhorar aqui, a gente vê que as vezes falta insumo, as vezes falta um gerenciamento de recursos né, gerenciamento de insumos... é... uns atritos que tem na questão de gestão mesmo. As vezes a gente vê que se tivesse uma gestão mais próxima, ou mais resolutiva, as vezes nem precisa ser tão próxima, mas que ouvisse quem tá na ponta pra saber o que que tá faltando e resolver. Não só ouvir.

¹⁴ Foi criado um número fictício para a referida Unidade Básica de Saúde para manter o sigilo das informações.

Oitiva é uma coisa, resolutividade é outra. E a gente vê que durante esses oito anos... a gente vê, a gente percebe que tem sempre esses impasses e não melhora. Então pra um usuário quando falta isso, a gente também se sente mal. Porque não é porque a gente tá deixando de ofertar, é porque a gente precisa do meio para ofertar. E assim, a gente não – não é porque aqui não está sendo feito que a gente é um mau profissional. É porque aqui não tá podendo ser feito da melhor forma possível. Pela mesma questão. Não é porque é usuário de rua que a gente vai tratar de qualquer jeito. A minha visão é que ele é um usuário de rua, mas que eu tô aqui pra tratar ele como – um curativo pra ele seria o mesmo curativo da pessoa lá no hospital, de uma pessoa rica. Então não é porque ele é morador de rua que eu vou fazer de qualquer jeito. A meu ver, acaba que a gente tá sendo desse jeito, “não, faz de qualquer jeito” pra não deixar de fazer (Trecho da entrevista com o técnico de enfermagem).

A falta de insumos para realizar curativos básicos; a falta de testes rápidos para realizar a testagem para infecções sexualmente transmissíveis (muito presente, diga-se de passagem, nessa população); o não credenciamento do estabelecimento para realização de vacinas; o não credenciamento do estabelecimento como farmácia para a distribuição de remédios; o mecanismo de marcação de consultas em que apenas uma profissional é cadastrada para realizar o agendamento impedindo, assim, a marcação quando esta não está presente; o modo como funciona o fluxo de agendamento nos outros dispositivos da rede visto que realiza-se um cadastro e somente dias depois, quando esse paciente que, na maioria das vezes, não possui celular e local fixo de moradia para contato já foi embora, que a data do agendamento é disponibilizada; e, acima de tudo, a falta do carro, constituem barreiras diárias que dificultam o desempenho da função de romper com o histórico a(bando)no e exclusão da população em situação de rua por meio da oferta de cuidados em saúde. Estas lacunas que dificultam a realização de um trabalho efetivo são reconhecidas também pelos usuários do serviço, como denota a fala da Paula:

Eu acho que... os direitos humanos têm que tá mais próximo. Eu sei que o Consultório na Rua não tem carro, sempre fica precisando de carona, precisa de outras pessoas pra levar. Então eu acho que, assim, tem um buraco, uma lacuna muito grande e de extrema importância. Eu venho aqui e defendo mesmo o Consultório na Rua, mas a gente tem uma lacuna gigantesca. Um dia desses eu vim pra ver outra médica, que eu não sei se é residente, se é médica mesmo, eu não entendi direito, mas eu vi épocas que se o Dr. Renato tivesse de férias, não tinha ninguém pra atender. E aí você fica 30 dias sem passar por médico. É interessante, é importante [o Consultório na Rua], mas eu acho que a gente precisa ainda a questão de ter carro, a questão de ter mais pessoas atendendo, a questão da gente ter medicamento né, de repente, um posto, uma farmácia que entregue medicamento aqui também. A gente percebe a dificuldade, às vezes, de você pegar um receituário aqui do Consultório na Rua e ter que ir em outro posto buscar o remédio. Tem muitas vezes que a gente não consegue ter força né de fazer esse movimento. Se o próprio Consultório na Rua tivesse essa farmácia, já ia ser atendimento e conseguir pegar o medicamento ali mesmo. Eu acho que a gente conseguiria ter um avanço também. Já consegue continuar o tratamento mais rápido. Então assim, eu acho que tem ainda algumas lacunas que precisam ser preenchidas (Trecho da entrevista com Paula, usuária do serviço).

Para se romper com a distribuição desigual da precariedade é preciso criar condições materiais e sociais para tal (BUTLER, 2015). No mesmo sentido que Butler, Herrera Flores (2009) adverte que os direitos humanos, para além de uma normativa, dizem respeito a criar as condições de acesso aos bens materiais e imateriais que tornam a vida digna. Ao contrário, o Consultório na Rua serve apenas para acobertar a tanatopolítica que segue imperando e, assim, desmobilizar lutas para romper com esta.

De todas as barreiras a falta do carro é a mais marcante.

Foi agendado que fosse ao Consultório na Rua para conversarmos sobre minha volta, tudo que transcorreu nesse tempo em que não estive imersa na vivência diária do desafio de promover a saúde e os direitos humanos de uma população tão estigmatizada e marginalizada e, também, de falar da semente do sonho plantada em mim na experiência anterior de submersão nesse contexto. [...] Mas nem tudo são flores. O motorista que já não era lotado na SES, e que era ‘emprestado’ pelo POP uma vez na semana, foi transferido para outra área. O cargo de motorista foi extinto da Secretaria de Saúde, porém, não havia sido feita, e não há previsão para a contratação dos terceirizados. Diante da falta permanente do motorista, a Secretaria de Saúde recolheu o carro, que já não era equipado para realizar atendimentos. Consequentemente, a abordagem na rua, a vocação deste serviço de chegar àqueles que não chegam à ele, e que já era reduzida, está literalmente inexistente. O que vai ser desse tanto de gente que não sabe sobre o Consultório na Rua ou que não é capaz de chegar até aqui? E não são esses os que mais precisam do Consultório na Rua? (Trecho do diário de campo de 25/06/2018).

Um serviço cuja principal atividade postulada é o atendimento *in loco*, no território existencial da população, é impensável sem os meios que lhe permitam realizar tal atendimento. Como coloca a assistente social, “a parte mais vulnerável, inclusive, das pessoas em situações de rua que não tem mesmo nenhum vínculo institucional, mesmo que seja com o serviço especializado né”. São precisamente as pessoas que não chegam ao espaço físico do Consultório na Rua aquelas que mais necessitam dele. Mais uma vez a linha que separa a biopolítica da tanatopolítica é desenhada separando aqueles normatizados e disciplinados o suficiente para ter vínculos institucionais e aqueles, incorrigíveis, deixados à própria sorte – ou seria, à própria morte?

Falar apenas das barreiras impostas que impedem o desempenho do trabalho seria relegar a equipe do Consultório na Rua à posição de vítima, despida de qualquer possibilidade de agência, presa num determinismo fatalista perante as condições condicionantes da prática social. Seria incorrer numa desresponsabilização. A equipe do Consultório na Rua reconhece a importância de seu papel social precisamente devido a sua potência instituinte na derrubada

das barreiras que impedem o acesso ao direito à saúde.

O nosso objetivo, na verdade, é facilitar o acesso ao sistema né. Não era pra gente manter um reduto. Isso é importante que a gente tenha em mente né. E aí, por conta dessa situação, a gente ficou forçado a fazer o atendimento no local. Então a gente tem oferecido os atendimentos de todo o tipo, que seriam oferecidos nos postos de saúde, a gente acaba oferecendo aqui. O Centro Pop, a mesma coisa. O que deveria estar sendo oferecido nos CRAS, eles acabam tendo que oferecer aqui. E unicamente e exclusivamente, aqui. Só que o Consultório na Rua não foi feito dessa forma. A política do Consultório na Rua foi feita pra ser itinerante né. Pra ter acesso às pessoas e fazer o *link* pra essas pessoas com os equipamentos e facilitar esse acesso. Então a gente deveria ter abertura total né, acesso total como equipe às unidades de saúde de onde nós estivéssemos, às emergências e conseguir, inclusive, prioridade de atendimento por conta da vulnerabilidade né, de conseguir priorizar o atendimento dessas pessoas, uma vez que estivessem acompanhados da equipe né. Mas a gente não tem veículo né. A gente não tem motorista. E a gente fica tendo que reduzir danos através desse trabalho que a gente tem feito aqui. E já que estamos aqui, vamos fazer da melhor forma. E nós decidimos trabalhar com o acesso avançado [demanda espontânea], porque são pessoas que têm uma mentalidade mais imediatista, um comportamento mais imediatista, por diversas circunstâncias próprias da rua, e aí a gente pode perder a oportunidade se a gente trabalhar com atenção programada, por exemplo. Às vezes, as pessoas não sabem que dia é hoje, que hora que é essa do dia, então agente perde oportunidade. E, de fato, 70% dos meus atendimentos são pessoas que tiveram contato uma vez aqui com o serviço e nunca mais retornaram. Longitudinalidade, que não é muito bem longitudinal, mas pessoas que vieram pelo menos duas vezes aqui, duas vezes ou mais, são 40%. Ou seja, a minoria das pessoas ainda tem um retorno. Essa vinculação ainda é frágil (Trecho da entrevista com o médico).

A fala relatada acima evidencia a consciência que se tem acerca da função social do Consultório na Rua de ser ponte e não barreira para a vinculação da população em situação de rua à rede. Todavia, o trecho evidencia também uma atuação que, em parte devido à dificuldades estruturais e institucionais, e em parte devido à própria organização do serviço, não atinge os objetivos de criar uma vinculação e, conseqüentemente, a possibilidade de um cuidado longitudinal e preventivo em saúde, tal como preconiza a Política Nacional de Atenção Básica e as diretrizes que norteiam o Consultório na Rua.

Em face à indisponibilidade de um veículo para realizar a busca ativa e o atendimento *in loco*, assim como das barreiras impostas a população relativas ao acesso aos demais dispositivos da rede, novas estratégias urgem para que o Consultório na Rua possa desempenhar sua função social.

Então, é uma luta [a construção das possibilidades para que a população em situação de rua seja atendida na rede já existente]. Eu vejo que quanto mais pra rua agente vai, mais a gente se depara com essa realidade do não acesso. A gente tem experimentado na pele, assim, na medida em que a gente tem conseguido, em muitos casos, ir junto com esses pacientes, que demandam, como a gente teve a experiência do Marcelo na semana passada, onde a gente precisou movimentar toda essa rede de saúde

emprestando a visibilidade através do nosso serviço, porque ele por si só, apesar de toda a condição altamente complexa e grave que ele vivia, isso não era o suficiente pra ele ser atendido. Então, pra além da condição evidente que ele apresentava, e de necessidades de alta complexidade, de hospital, precisava que não só estivesse por escrito um relatório, mas a gente como servidor, como agente de saúde explicando mil vezes a necessidade desse paciente ser atendido né. Então assim, eu, particularmente, por um lado, me trouxe muita satisfação e gratificação por estar lá, entendendo que aquele é meu trabalho, sim. Mas, por um lado, dói. Dói ver, saber, ter a certeza que se a gente não tivesse lá, ele jamais seria atendido. Ficou evidente isso. Então, por um lado, faz a gente reconhecer, “caramba, como é importante o que a gente está fazendo” e entender o nosso papel, que a gente não pode se furtar. E como é difícil, inclusive, entre nós, a gente se deparou, nós estávamos em três, e a gente se deu conta que se estivéssemos só em um a gente não teria dado conta de sustentar tantas horas tendo que argumentar. Foram cinco horas de ação. Argumentando com chefe de equipe de que ele precisava e ele rebatendo com o argumento que “agora não dá”. “Tá com muita gente”. “O staff fez errado em receber” e que ele teve que fazer não sei o que e que não era lá. É sempre empurrando né pra outro lugar. E a gente dizendo, “não, o lugar é aqui. A gente fez tudo, tá aqui o relatório”. Cara, e assim, muita argumentação. Muita, Rafa. Isso com o médico da equipe junto argumentando com um colega médico, tendo que dizer, “eu também sou médico, eu estou atestando que ele precisa retirar os ferros”, coisa que era mais evidente. “Ele precisa tirar os ferros que estão apodrecendo a perna dele”. Então assim, foi bem difícil. Assim, mas ao mesmo tempo, super importante. E, concluindo, isso empurra a gente, não só na situação que a gente viveu dentro do hospital, mas principalmente numa situação que a gente viveu no mesmo dia. Um pouco antes, a gente foi fazer um curativo numa pessoa que tem os dois pés diabéticos, ele não tem os dedos dos pés e tá uma ferida só aquilo. E essa pessoa, ela fica, mora, na rua que atravessa a UBS. E ele nunca conseguiu ser atendido. Perguntamos, insistimos “mas e aí, o que que você acha? Tem uma unidade de saúde ali, como é pra você ir lá? Você já tentou ir lá?”. “Já”. E aí um colega dele que estava do lado falou, “teve um dia que eu vi o Lulinha se arrastando atravessando a rua” – porque ele anda com dificuldade já que ele não tem os dedos, e não só não tem os dedos, mas está ferido né, e ele atravessou a rua, Rafa, e foi lá. Conseguiu fazer esse movimento que pra eles é – eu estou generalizando – mas pra ele, Lulinha, é muito difícil. De ir buscar essa ajuda, no sentido do autocuidado, que é muito precário. Ele foi lá e escudou, e ele repetiu pra mim assim, “eles falaram pra mim assim ó, aqui não faz mais o curativo pra eu, não”. Ele repetiu. Só pra ele não faz o curativo. Então assim, é bizarro isso. E empurra a gente, mais do que nunca, pra matriciar. A gente está, de fato, enfrentando isso, que é algo que se pressupõe que a gente faça mesmo, são as atividades de matriciamento, mas que a gente, sei lá, nunca conseguimos chegar no ponto de ser a prioridade. Diante de tantas que a gente lida no dia a dia, o matriciamento sempre ficava pra depois. A gente ia apagando os incêndios, fazendo as coisas no vuco-vuco e planejar ações de matriciamento ficava pra depois. E a gente está vendo que urge isso, que a gente não tem como mais deixar pra depois (Trecho da entrevista com a psicóloga Isabela).

O não estar na rua realizando a vocação de equipe itinerante aniquila a possibilidade de fazer presente essa realidade que rompe com a “bolha, que são as pessoas em situação de rua que frequentam o Centro Pop, e que é apenas um recorte de uma população muito maior que não acessa o Centro Pop” (trecho da entrevista com a psicóloga Isabela). O que os olhos não veem, o coração não sente, já dizia o ditado. A ida a rua, a articulação intersetorial e a pressão institucional que permitem que esta aconteça apesar da falta do carro (por via de empréstimos de carro, caronas, parcerias...), dá condições para que esta alteridade se faça ver. E mais, que essa alteridade afete e mobilize para que o Consultório na Rua não se torne

apenas uma engrenagem que mantenha a maquinaria da exclusão a pleno vapor. Restringir o atendimento àqueles capazes de acessar o estabelecimento físico do Consultório na Rua é perpetuar a lógica do bando que inclui sob o signo da exclusão (AGAMBEN, 2002). É ocupar o lugar do soberano que decide sobre a exceção, sobre as vidas que serão a(bando)nadas pela lei e deixadas para morrer.

O matriciamento nunca ser considerado prioridade revela uma organização do serviço e das práticas profissionais que contradiz aquilo que é consensualmente reconhecido como o objetivo da existência do Consultório na Rua: criar condições de vinculação da população em situação de rua à rede. Furtar-se de matriciar, ainda que seja uma atribuição prevista, e instrumento para derrubar as barreiras que impedem a vinculação da população em situação de rua à rede, para focar apenas no atendimento por demanda espontânea evidencia uma organização que não materializa o princípio da prevenção e promoção em saúde. Foca no sintoma da organização social, e não na causa. E ainda, desempenha o papel de naturalizar o entendimento de “que a pessoa em situação de rua que está lá no território deles [das UBS] não seja responsabilidade deles. Eles entendem, realmente, que é exclusivamente do Consultório na Rua” (trecho da entrevista da psicóloga Isabela). Eximir-se do papel de porta voz das demandas incapazes de chegar aos espaços públicos por outras bocas e outras presenças, alimenta a desresponsabilização desta rede para com essa população. Concentrar-se em “apagar incêndios” em detrimento daquilo que causa o incêndio, isto é, o próprio não atendimento da população em situação de rua na rede existente, é deixar-se capturar por jogos de poder que não tem interesse algum na mudança do estado de exceção instituído.

Assim, a própria organização do serviço, a escolha por determinadas modalidades de oferta de cuidado diz respeito ao preenchimento estratégico em que os discursos, as práticas e os saberes se articulam de determinada forma a operar modos de subjetivação que comportam tanto a possibilidade de reatualizar as relações de poder instituídas como de produzir agenciamentos disruptivos de tal ordem. As práticas profissionais podem, assim, mascarar relações de poder que permanecem mudas, mas operantes, desenhando as linhas que demarcam quem deve viver e como e quem deve morrer, como também podem denunciá-las, reinventá-las, desenhar linhas de fuga que escapem à exceção.

2.2 CUIDADO PRESO ENTRE MUROS E PAREDES: FORÇAS DISCIPLINARES

O Consultório na Rua, mais do que apenas a criação de um dispositivo ao qual a população em situação de rua tenha acesso, diz respeito a uma ruptura: um rompimento com o modelo que exclui ou que inclui apenas na medida em que disciplina. Diz respeito a um processo cotidiano, político, social, técnico e clínico, pois o fenômeno saúde-doença insere-se em um inexorável entrelaçamento entre as dimensões físicas, psíquicas, sociais, econômicas e políticas. Tal caráter multideterminado é especialmente acentuado com relação à população em situação de rua devido à condição de vulnerabilidade social que resulta da distribuição desigual da precariedade, e que está intimamente relacionada com suas questões de saúde. O risco presente na construção de novos serviços é a reprodução. A ruptura com a clínica como dispositivo disciplinar demanda aceitar o desafio da complexidade dos múltiplos planos de existência de tal sorte a não reduzir o sujeito à doença, à pobreza, ao uso de drogas, ou a atomizar o corpo e o psíquico, mas, ao contrário, reinscrevê-lo no corpo social (NICÁCIO, 1990 apud AMARANTE & TORRE, 2001, p. 30)

As demandas de saúde são, portanto, inevitavelmente complexas, o que exige a disponibilização de estratégias de cuidado diversificadas, assim como a articulação entre diferentes dispositivos promotores de saúde, de direitos e de cidadania. Somente tal diversificação é capaz de materializar o princípio da integralidade que orienta (ou deveria orientar) as ações em saúde. Merhy (1994) enfatiza a indissociabilidade da relação entre integralidade e resolutividade e destas, por sua vez, com a disponibilização ao usuário de um conjunto de tecnologias capazes, pela sua diversidade, de atender às variadas demandas, assim como contemplar as dimensões individuais e coletivas imbricadas nestas.

Assim, faz-se necessário ofertar uma ampla gama de possibilidades que sejam capazes de abarcar a complexidade das demandas dos usuários do serviço por meio de uma atenção aberta, diversificada e inserida no territorial existencial do usuário. São as demandas, os interesses, o cotidiano e o modo como os pacientes vivenciam sua existência que devem servir de baliza para o recurso terapêutico a ser adotado. O significativo de qualquer atividade é a promoção de um espaço no qual aquele sujeito possa desenvolver uma experiência qualitativamente diferente de ligação com o mundo (LEAL & DELGADO, 2007). Idealmente, como dispositivo que se propõe agenciador e emancipatório, uma experiência capaz de romper com a relação de exceção e disciplina a que estão historicamente submetidos.

Merhy & Franco (2003) apontam para dois modelos-tipo assistenciais de saúde que orientam a produção do cuidado. O cuidado pode embasar-se sobre um modelo assistencial de saúde, técnico, tradicional e restrito, centrado no poder hegemônico do saber médico

(MERHY & FRANCO, 2003) e das representações tradicionais acerca das categorias profissionais que compõem a equipe tornando-se burocratizado e mecanicamente organizado. Por outro lado, pode embasar-se também em uma visão mais complexa e ampla da saúde e do cuidado, que resgate os determinantes políticos e biopsicossocioculturais imbricados em sua produção. Para Tenório (2001) o objetivo do cuidado deixa de ser mero reconhecimento de sintomas e passa a ser acompanhar o sujeito e ajudá-lo a viver de tal maneira que as ações clínicas tenham incidência em seu cotidiano. O cuidado transcende, então, o âmbito técnico e biomédico e insere-se em uma perspectiva política balizada pela garantia das condições materiais e imateriais que tornam uma vida digna (FLORES, 2009).

De acordo com o último modelo, a terapêutica está intimamente ligada com um trabalho de desinstitucionalização que prioriza a construção de seu público-alvo como atores sociais (ROTELLI, 2001) e como sujeitos de direitos (CARBONARI, 2010; MUSSE, 2008), que implica, necessariamente, em um compromisso em prol da cidadania (LOBOSQUE, 1997). Se a oferta de cuidado não é adaptada às demandas dos usuários, cria-se um abismo entre as intenções e o que realmente se faz (RESENDE, 2015). É crucial, portanto, uma socialização do poder que implica, por sua vez, um estado de disponibilidade e autocrítica (dos profissionais principalmente) para ações coletivas de transformação social capazes de romper com o instituído. Esse processo jamais pode ser vertical e autoritário, pois os meios afetam diretamente os fins. Assim, é necessário que a organização da oferta de cuidado seja permeável às forças instituintes: que seja sensível às demandas e desejos do usuário, que crie espaços de interlocução com os usuários de tal sorte que esteja aberta para o criar e para o experimentar. Nesse modo de cuidar, há uma certa incompatibilidade com os dispositivos clássicos de cuidado que se limitam ao consultório, a certo modo de organização do tempo e do espaço, no qual se individualiza “dessocializando” e “despolitizando” as demandas (LOBOSQUE, 2001).

Todo dispositivo é composto pela díade instituído-instituinte. Um dos maiores riscos que ocorre em estabelecimentos de oferta de cuidado é a tendência à institucionalização exemplificada na cristalização da rotina, na repetição e rigidez das práticas profissionais e na, conseqüente, relativa passividade dos usuários do serviço, reconhecida pelas abordagens basagliana, sartriana e por diversas vertentes da análise institucional, (VASCONCELOS, 2013). A institucionalização produz um modo de funcionamento calcado numa intolerância à alteridade, ao diferente e ao novo. O que pude vivenciar no meu tempo no Consultório na Rua foi a institucionalização do cuidado: o predomínio de um desenho único de cuidado restrito à demanda espontânea e à atendimentos individuais presos ao interior de um consultório.

A gente, como está num equipamento do Centro Pop, então pra gente, e pra gestão, acaba sendo cômodo porque o morador, o usuário vem até nós. E acaba sendo, o Centro Pop, um reduto próprio pras pessoas que estão em situação de rua. O ideal é que a gente nem existisse né, que não tivesse a necessidade de um local específico pra população em situação de rua, que elas pudessem acessar os equipamentos públicos como qualquer outra pessoa. Os postos de saúde, os CRAS, os CREAS né. Enfim, não precisasse de políticas públicas próprias né só pra manter o acesso. E esse não é o nosso objetivo. E o nosso objetivo, na verdade, é facilitar o acesso ao sistema né. Não era pra gente manter um reduto. Isso é importante que a gente tenha em mente né. E aí, por conta dessa situação, a gente ficou forçado a fazer o atendimento no local. Então a gente tem oferecido os atendimentos de todo o tipo, que seriam oferecidos nos postos de saúde, a gente acaba oferecendo aqui. O Centro Pop, a mesma coisa. O que deveria estar sendo oferecido nos CRAS, eles acabam tendo que oferecer aqui. E unicamente e exclusivamente, aqui. Só que o Consultório na Rua não foi feito dessa forma. A política do Consultório na Rua foi feita pra ser itinerante né. Pra ter acesso às pessoas e fazer o link pra essas pessoas com os equipamentos e facilitar esse acesso. Então a gente deveria ter abertura total né, acesso total como equipe às unidades de saúde de onde nós estivéssemos, às emergências e conseguir, inclusive, prioridade de atendimento por conta da vulnerabilidade né, de conseguir priorizar o atendimento dessas pessoas, uma vez que estivessem acompanhados da equipe né. Mas a gente não tem veículo né. A gente não tem motorista. E a gente fica tendo que reduzir danos através desse trabalho que a gente tem feito aqui. E já que estamos aqui, vamos fazer da melhor forma. E nós decidimos trabalhar com o acesso avançado [demanda espontânea], porque são pessoas que têm uma mentalidade mais imediatista, um comportamento mais imediatista, por diversas circunstâncias próprias da rua, e aí a gente pode perder a oportunidade se a gente trabalhar com atenção programada, por exemplo. Às vezes, as pessoas não sabem que dia é hoje, que hora que é essa do dia, então agente perde oportunidade. E, de fato, 70% dos meus atendimentos são pessoas que tiveram contato uma vez aqui com o serviço e nunca mais retornaram. Longitudinalidade, que não é muito bem longitudinal, mas pessoas que vieram pelo menos duas vezes aqui, duas vezes ou mais, são 40%. Ou seja, a minoria das pessoas ainda tem um retorno. Essa vinculação ainda é frágil. Então assim, apesar de sermos um serviço com acesso avançado, um local onde a gente não exige documentação né, que não há revista, inclusive, ainda assim, as pessoas em situação de rua têm outras prioridades, que não só a saúde (Trecho da entrevista com o médico).

Apesar das barreiras institucionais e históricas que a equipe do Consultório na Rua tem de transpor diariamente para exercer sua função social e política, há diversas formas possíveis de organizar a oferta de cuidado. A opção por uma ou outra não é neutra. O desenho de cuidado pode ser desenhado por linhas duras que amordaçam o potencial instituinte ou por linhas flexíveis capazes de traçar linhas de fuga que escapem da relação de exceção tanatopolítica e do controle disciplinar.

Bom, eu acho que dentro do SUS o Consultório na Rua é uma equipe revolucionária mesmo por conta da proposta. A proposta de atuar – do reconhecimento primeiro, de que essas pessoas não estão tendo acesso por outras vias, senão eu acho que não existiria mesmo essa proposta de uma equipe exclusiva para essas pessoas, e, com esse reconhecimento, permitir que essa equipe exista pra falar né dessas questões, pra atuar junto com essa vinculação. É uma equipe que tem a possibilidade de estar próxima dessas pessoas e de perceber essas demandas e de entender quais são as necessidades de saúde, principalmente, mas também relacionada com os outros setores. Essa oportunidade de estar próximo do território, de estar próximo das

peças, de perceber essas necessidades e chamar a rede, principalmente, o SUS, pra atuar nessas dificuldades não só de uma forma individual, mas também preocupados com construções coletivas e que sejam... que de fato promovam um melhor acesso pra essas pessoas no geral, e não só pra um e outro. Eu acho que isso é muita potencialidade (Trecho da entrevista realizada com a assistente social).

O desenho de cuidado idealizado para o Consultório na Rua concebe-o como itinerante, capaz de adentrar o território existencial para, então, na rua e com a rua identificar demandas e as estratégias pertinentes para atendê-las. Nessa perspectiva, o Consultório na Rua volta-se para a criação de fios com que tecer redes de pertencimento onde existia apenas exclusão. Diz respeito a um modo de funcionamento que tem como significante das práticas profissionais não só a prática política, mas também a experiência que advém de estar com esse outro. Restringir o atendimento unicamente a atendimentos individuais realizados separadamente por cada categoria profissional em suas respectivas salas – com exceção, às vezes, da assistência social e da psicologia que frequentemente atendem em conjunto – entre quatro paredes reduz o cuidado a mera reprodução, produção eterna do mesmo.

O trânsito por diferentes áreas do conhecimento, bem como por diferentes espaços possibilita romper com a eterna repetição do mesmo (SCARCELLI, 2011) e a endogenia, inaugurando a possibilidade de pôr em movimento e reinventar sentidos. Ademais, o princípio da integralidade, aliado a incompletude institucional, admite que a complexidade das demandas sociais e de saúde contemporâneas extrapolam a alçada de um só estabelecimento sendo imperativo, desse modo, articular diferentes setores e tecer, assim, redes de cuidado. Tal tarefa insere-se no campo mais amplo de luta por uma sociedade mais igualitária e democrática, o que, por sua vez, requer a inclusão de diferentes abordagens e setores, em uma perspectiva pluralista que mobilize o máximo de forças e atores sociais possíveis. O objetivo de vinculação dessa população às redes institucionais – parte inexorável do processo da promoção da cidadania, de autonomia e da construção do sujeito de direitos – exige a tessitura de redes inseridas no território existencial de cada um, de modo a gerar alternativas de cuidado que não fiquem restritas apenas ao Consultório na Rua. De contrário, seria perpetuar a lógica do bando (AGAMBEN, 2002). Ainda que o serviço fosse organizado de modo completo e totalizante, no qual todas as necessidades fossem satisfeitas, transformar-se-ia apenas numa gaiola de ouro (Basaglia, 2005), numa instituição total que mortifica o eu pela supressão da singularidade para que possa adequar-se a lógica una a qual encontra-se preso (GOFFMAN, 1961).

Robert Castel (1998; 2004), em um estudo sobre a desfiliação social, defende que a vulnerabilidade social está articulada à situação de três eixos cruciais: os vínculos de trabalho, os laços relacionais e a proteção social privada e/ou pública. Quando há perdas simultâneas nos três eixos, como frequentemente ocorre com a população em situação de rua, a vulnerabilidade social se agrava. Aí reside a importância do investimento em políticas sociais e de uma prática profissional que atue sobre essa conjuntura. O cuidado não pode ser separado desta dimensão. Ser fio que tece rede é o compromisso social e político que o Consultório na Rua assume, de modo que a inserção social e a promoção da autonomia figuram como recursos terapêuticos. Vale ressaltar que a autonomia, atravessada pela ideologia neoliberal, muitas vezes é associada a ideia de depender cada vez menos das pessoas. Porém, Kinoshita (2001) desconstrói tal ideia afirmando que “não se trata de confundir autonomia com autossuficiência nem com independência” (p. 55). Trata-se, pelo contrário, de uma questão quantitativa, pois os usuários dependem em demasia de poucas coisas e relações, e é precisamente esta restrição que diminui sua autonomia. Desse modo, construir e articular uma rede de cuidado promove a autonomia no sentido de que “somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isso amplia nossas possibilidades de estabelecer [...] novos ordenamentos para a vida” (p. 57).

A rede... A rede do Plano Piloto é uma rede extremamente fragilizada. A gente conversa pouco. Até porque as pessoas que essa rede aqui atende não moram aqui normalmente. As pessoas em situação de rua, sim, elas vivem aqui, mas... Isso dificulta que a comunidade tenha um controle maior dessa rede, uma participação. O que é diferente, por exemplo, na rede social da Estrutural, na rede social da Ceilândia, que tem inclusive uma reunião que é mensal dessa rede com a participação do governo, dos serviços, das associações, das pessoas interessadas, quem quiser participar e tudo mais. Então a rede aqui do Plano Piloto eu acho difusa, fragilizada, fragmentada e com muitas ações sobrepostas. Muita coisa que a gente faz e refaz sem saber (Trecho da entrevista com a assistente social).

O relato da assistente social enfatiza a falta de articulação da rede do Plano Piloto – o que dificulta a coordenação do cuidado, bem como a resolutividade das demandas apresentadas pelos usuários. Conforme a psicóloga, Isabela, relata: “é impossível você achar que você vai dar conta nesse sentido totalizador do serviço, ‘nós aqui, a gente funcionando, a gente consegue resolver tudo’ – impossível!” (Trecho da entrevista com uma das psicólogas). De fato, é impossível, e reside aí a importância de tecer essa rede que insira o Consultório na Rua no âmbito mais amplo do SUS e dos instâncias garantidoras de direito. Para tal, é necessário, como nos colocou Isabela, “olhar para esse paciente com olhar de rede” (Trecho

da entrevista com uma das psicólogas) – é enxergar a demanda em sua complexidade e a saúde com relação aos aspectos que lhe atravessam e produzem sua falta, tais como a violência, a discriminação, o não acesso a direitos, o rompimento de laços sociais, bem como com relação aos dispositivos que permitem promover a saúde, a qualidade de vida, a autonomia e a cidadania. Fica implícito também a importância da criação de espaços de controle e participação social que incluem esse Outro excluído das disputas narrativas, dos espaços de interlocução e decisão política.

Devido a estrutura de bando que insiste em operar, ressalta-se a importância de que o cuidado extrapole muros e paredes. Que atue no espaço intermediário entre a instituição e o acesso à cidade. Que considere sempre o território, as redes que o compõem e a intersetorialidade. Que seja de fato uma clínica peripatética (LANCETTI, 2008), itinerante, em movimento, sempre em busca de tornar as linhas que demarcam a vida nua em linhas de fuga. Que produza fluxos que se articulam e desarticulam permanentemente de acordo com a necessidade singular de cada pessoa atendida. O fato de o matriciamento e outras estratégias de tessitura de rede não serem priorizadas no desenho de cuidado ofertado, apesar do reconhecimento da importância de desempenhar esse papel e da constatação da fragilidade da rede, termina por perpetuar a lógica contra a qual lutam. Revela, ainda, a concepção técnica de cuidado que prioriza as consultas como recurso terapêutico.

Nessas condições onde a gente se encontra atualmente, sim. Então tem sido mais individualizado. Existe possibilidade de a gente fazer, por exemplo, essa comunicação com a população através de atividades educativas, atividades coletivas né, mas a gente ainda está deficiente nessa prática, sabe? Têm outras formas, também, de oferecer, de passar informação que não seja através da consulta né (Trecho da entrevista com o médico).

Para além de uma questão quantitativa da quantidade de pessoas que é possível atender nesse molde, jaz uma questão mais profunda: a concepção de saúde que essa prática reflete. Não que esse desenho de cuidado não possa ser efetivo, porém a gama de singularidades, e suas mais diversas demandas, não cabem dentro de apenas um dispositivo de cuidado. Mehry (1994) alerta para a importância da associação entre as ações coletivas e as individuais, pois, em sua grande maioria, os problemas de saúde transcendem a questão individual. Tal organização revela, ainda, uma atuação pautada na reabilitação que deixa a prevenção e a promoção em saúde, características da Atenção Básica, e essenciais à incidência sobre os determinantes da saúde, em segundo plano.

O predomínio de um desenho único de cuidado revela uma lógica que determina que os usuários se adaptem às ofertas disponíveis dizendo sem dizer da impossibilidade de serem incluídos que não pela via da submissão. Determina-os como objeto de intervenção e não como sujeitos. A disciplina só pode ser alcançada através da manipulação do tempo e do espaço de maneira que cada indivíduo tenha seu “lugar próprio” em determinado momento particular regulando, assim, as relações sociais (FOUCAULT, 2009). Aumentar o rendimento corporal – objetivo clínico que denuncia sua constituição e subordinação ao capitalismo – requer reduzir a independência de orientação deste, pois que “o corpo só se torna força útil se for, ao mesmo tempo, corpo produtivo e corpo submisso” (DREFYS & RABINOW, 1995, p. 125).

A justaposição entre a vida itinerante vivida na rua pela população em situação de rua e o cuidado ofertado entre quatro paredes não é mera coincidência. A disposição arquitetônica e a organização do espaço não é arbitrária, mas funcional. “Seus signos indiciários deixam, no traçado do cotidiano, marcas que guiam a conduta” (ESCOLANO, 1994, p. 107). A partir da organização arquitetônica a que Foucault (2009) se refere como “instituições de sequestro” retira-se os indivíduos do convívio social a fim de treinar e controlar seus pensamentos e condutas. Evita, ainda, a formação de grandes grupos que poderiam ser fonte de formação de uma vontade independente e opositiva, assim como possibilita a manipulação direta de atividades individuais de sorte a evitar o fluxo e a indeterminação que os encontros causais propiciam (GIDDENS, 2003). Diz respeito a organização espacial de forma que o indivíduo esteja perfeitamente individualizado e, simultaneamente, constantemente visível (FOUCAULT, 2009).

Outra característica desse poder voltado para a produção de corpos submissos é a escala em que opera. Refere-se a uma escala inversamente proporcional à intensidade de seus efeitos, de maneira que quanto menor o ponto de aplicação, mais efetivo será o controle. O controle é exercido, portanto, não a nível do corpo social, da massa como unidade indissociável, mas, ao contrário, sobre o corpo individualizado (FOUCAULT, 2009). O fechamento em uma interioridade volta-se precisamente para a criação de condições de distribuição e organização interna dos corpos a serem disciplinados. A organização do espaço em que a confusão da multiplicidade dos corpos é vigiada pelos guardas na guarita de vidro que tudo veem; as salas dispostas contiguamente, que retiram do contexto social de modo a permitir o esquadrinhamento minucioso; a mesa que separa e delimita papéis.... operam a fim de possibilitar a vigilância, o exame e a sanção normalizadora, todos instrumentos da biopolítica. A visibilidade desse ser individualizado constitui-se como fator determinante para

o entrelaçamento do poder com o saber. É o que permite a observação e vigilância que, a sua vez, tornam possíveis identificar e registrar condutas, enfim, a produção de um conhecimento específico que permite o exercício do controle.

O exame, e nesse contexto a consulta individual, estabelece uma visibilidade sobre os indivíduos que permite, por meio da extensa documentação, diferenciar, hierarquizar e punir por meio da objetivação do indivíduo (FOUCAULT, 2006). O dispositivo é de natureza estratégica, de maneira que o que está em jogo é uma manipulação das relações de força por meio da configuração de um saber que sustenta o dispositivo e são sustentadas por ele (FOUCAULT, 1982c). É a própria constituição do saber que cria uma hierarquia que delimita aquele que sabe-prescreve e aquele que não sabe-obedece. É esse saber que legitima a aplicação de sanções normalizadoras que determinam punições em caso de desvios nos comportamentos almejados constituindo, assim, um sistema de “micropenalidades corretivas que maximizam a eficiência do dispositivo disciplinar” (FOUCAULT, 2006, p. 152).

Para além destas novidades, conversei com o Roberto [técnico de enfermagem] e Eder [vigia] um pouco acerca da percepção deles de como está o serviço e da frequência com que tem acontecido conflitos e brigas. Ambos apontaram a mudança de gestão do POP como fator que mais contribuiu para essa mudança. Para eles na gestão anterior, a coordenadora “tinha mais pulso firme”, isto é, não admitia certos comportamentos. Havia consequências para determinados comportamentos. Estas consequências incluíam conversas e a suspensão por um período de tempo dependendo da conduta em questão (Trecho do diário de campo de 31/10/2018).

A atribuição do aumento da violência ao estilo de gestão e não às barreiras de acesso e violação de direitos ilustra bem a lógica disciplinar: uma vez retirados do contexto social, comportamentos, condutas e sintomas passam a ser compreendidos a partir de um viés individualizante que localiza no indivíduo a sede do desvio que deve ser ‘consertado’. Uma vez que é o encontro que marca a linha de fuga (KOHAN, 2004), o convívio que faz aparecer as contradições e suscita indagações, fechar-se numa sala e atender individualmente, reduz a convivência à relações burocratizadas, mecânicas e impessoais que inviabilizam a experiência como significante da prática. As demandas de cada pessoa são singulares e, desse modo, demandam um fazer artesanal que contemple sempre suas especificidades. Com frequência, quando há algum impasse relativo a adesão ao tratamento, fato comum entre aqueles cujos modos de vida se diferem da norma que preconiza determinada formas de orientação espaço-temporal, tal problemática é vista puramente a partir do viés individual, deixando de ser problematizada a partir do cotidiano do serviço e do desenho do cuidado ofertado (LEAL &

DELGADO, 2007; RESENDE, 2015) instaurando, desse modo, um não-saber sociológico que, ao não permitir uma autoanálise, cronifica o instituído (LOURAU, 1993).

Os procedimentos e técnicas “endereço-se a objetos parciais, perdendo-se justamente uma das mais importantes virtudes do cuidado: a de oferecer ao sujeito uma experiência de integração” (FIGUEIREDO, 2007, p. 28). Tal organização fragmenta o indivíduo e sua experiência desincentivando, assim, o protagonismo do sujeito em relação ao próprio tratamento (GOULART, 2013). O paciente (literalmente no sentido de passividade) é atendido individualmente pelo profissional que se julga competente para atender aquela demanda. A psicóloga Isabela relata um processo que estão tentando desconstruir, “Tipo, ah não, se ele chorou então é psicólogo’, ‘ah não ele falou a palavra benefício, aí é assistente social’, ‘não, falou que está com dor no não sei o quê, então é o médico’, entendeu? Então muito compartimentado esse sujeito”. No lugar da interdisciplinariedade prevista normativamente, em que as competências profissionais específicas enriquecem o campo comum de competências ampliando a capacidade de cuidado (MACHADO, 2017), a mera disciplina. Tal fragmentação não só retira a demanda de seu contexto social-político mais amplo, mas mantém também a fragmentação de tarefas e responsabilidades, características da burocracia, que dificultam a implicação no trabalho. Aquele indivíduo cujo pé está sangrando e que estava ao lado de uma UBS que se recusou a atendê-lo porque não tinha documento e cuja autoestima é massacrada pela exclusão, torna-se caso para um simples curativo. Ou ainda, mera intervenção ‘educacional’.

Ao ser questionado sobre como ocorre a promoção de saúde na prática, o técnico de enfermagem respondeu,

A gente faz educação em saúde aqui. Quando a gente dá uma orientação aqui quando o usuário vem, a gente faz uma orientação em saúde, “ô, você precisa ir pra tal canto. Você tá com dor? Espera mais um pouco aí pra ser atendido pelo médico”. A gente sempre dá alguma orientação. É uma educação também (Trecho da entrevista com o técnico de enfermagem).

Um desenho de cuidado centrado no atendimento clínico individual engendra uma relação verticalizada, expressa na figura do profissional e do paciente que dicotomiza o que tem poder de prescrever e aquele o qual resta obedecer. Essa prática reflete uma concepção bancária de transferência de conhecimento (FREIRE, 1987) que pressupõe que uma parte da díade relacional detém o saber enquanto à outra compete receber tal saber e se adequar à ele. Não há diálogo, há informes. Tal concepção de educação é incompatível com uma prática que se pretenda emancipatória e promotora de autonomia e cidadania. A prática “bancária”

camufla ações sociais de caráter paternalista em que os oprimidos são referidos como “assistidos”. Mantém-se a díade opressor e oprimido a partir da qual nenhum projeto verdadeiramente revolucionário é capaz de brotar (FREIRE, 1987).

Os dispositivos de cuidado não são escolhidos aleatoriamente, ainda que seja possível que o sejam de forma inconsciente. São escolhidos de forma a manter determinada forma de relação.

R: É assim no Pop ou no Consultório na Rua?

C: Não. No Consultório na Rua, não. No Consultório na Rua é diferente.

R: E por que que é diferente?

C: Porque eles escutam as nossas demandas, escutam o que a gente quer. Aconselha a gente a fazer...

R: E onde que eles escutam? Você vem e você fala? Ou tem um espaço pra isso? Pra discutir...?

C: Não, quando eu tô querendo conversar, eu chamo a Isabela, eu chamo outra pessoa e converso. Falo o que que eu tô querendo, entendeu? Sempre dão opiniões do que pode fazer pra melhorar.

R: Você acha importante ter um espaço mais coletivo pra mais gente participar disso?

C: Com certeza. Porque é o seguinte, eles já sabem mesmo o que eu quero, mas eles não sabem o que meu irmão quer. Eles não sabem o que o outro quer. E tendo um espaço coletivo, todo mundo vai dar uma opinião. Vamos pegar um pouco do bom que cada um falou e botar em prática. Não vai custar caro, não vai custar nada e a gente tá aí pra fortalecer toda hora, pra ajudar, entendeu? (Trecho da entrevista com Carlão, usuário do serviço).

O trecho citado evidencia em que condições é que o subalterno pode falar. O contexto de enunciação é determinado de maneira a reduzir não só a sociabilidade àquela instituída, mas o Outro ao Mesmo. O espaço de fala restringe-se ao âmbito individual ceifando, assim, sua potência política. Dissocia também o cuidado de sua dimensão ética e política de ruptura com os processos de exclusão social e seletividade institucional (MIGUEL, 2014) que inviabilizam a capacidade de participar criativamente da vida institucional. A organização espaço-temporal inerente a esse modo de cuidar evita que a massa se torne povo, fonte de formação de vontades independentes e opositivas (GIDDENS, 2003).

Alimentação, eu estava questionando eles porque que eles queriam pôr a gente na rua. A gente tinha que acordar as seis horas da manhã, tomar café e ir pra rua e passar o dia na rua. E aí eu estudava pra concurso, eu sou artesã, fazia outras coisas, eu vou fazer o que na rua? Sabendo que emprego, você não procura mais emprego na rua. Hoje, você manda currículo on-line. Eu vou pra rua fazer o quê? Eu comecei a

questionar. E aí eles falavam que era regra do governo, da SEDESTMIDH. E aí eu comecei a ir na SEDESTMIDH e perguntar, “por que que é essa regra”? E aí a minha conversa era: se a casa é uma casa particular, mas com verba pública, se tem verba pública, tem verba minha, se tem verba minha, eu vou questionar. E quando eu comecei a questionar eles me marcaram e me fizeram uma represália. E a represália foi me pôr na rua. Na época, minha filha tinha dois anos e meio - menos de dois anos e meio - e eles fizeram meu desligamento da casa por conta das minhas críticas (Trecho da entrevista com Paula, usuária do serviço).

A experiência relatada por Paula, ainda que não se refira ao Consultório na Rua, ilustra a dificuldade frente a um posicionamento crítico que demanda implicação e disponibilidade para transformação. As normativas e portarias devem funcionar como orientação, mas sua primazia sobre a experiência leva a uma burocratização que desconsidera as idiossincrasias locais para a construção de práticas éticas (RESENDE, 2015). A prática não se torna engessada apenas pela ‘norma’ e decretos, mas por uma atuação acrítica. Pela repetição do sempre mesmo possibilitada pela evitação radical da alteridade. Estar com? Apenas na medida com que o Outro se torne o Mesmo.

Porque é difícil [fazer atividades coletivas], dá trabalho, no começo não dá certo, tem pouca gente interessada... tem que ter um trabalho de formiguinha, de ficar atento à demanda e se não der certo, muda. Eu acho que pouca gente enxerga dessa forma, de que é importante. [Tem uma concepção] bem biomédico assim. Bem a coisa do vertical. Do paciente passivo (Trecho da entrevista com a psicóloga Sabrina).

Implementar desenhos outros de cuidado revela-se um desafio, como aponta a psicóloga Sabrina que, ao longo da minha inserção no campo, tentou implementar por diversas vezes atividades coletivas que acabaram definhando devido a falta de apoio. A reflexão da assistente social acerca da dificuldade em se implementar outros desenhos de cuidado, especificamente os coletivos, revela a resistência perante dispositivos que reorganizam as relações de poder:

Eu acho que é uma dificuldade minha, como profissional, e dos demais profissionais daqui também, que é a dificuldade de lidar com o inesperado que vem no grupo. O incontrollável. Que aqui a gente tem um controle sobre a situação, a gente tem uma voz, só está só eu e a pessoa, a pessoa vai falar e eu vou falar. Agora num grupo é um Deus nos acuda. A gente está falando de pessoas que tem uma dificuldade mesmo de conversar, de se concentrar porque tem pessoas que estão muito atentas ao redor e tudo que está acontecendo e tal. Então eu acho que é total uma dificuldade do profissional (Trecho da entrevista da assistente social).

A dificuldade advinda do grupo e do caos que dele emerge, da desordem e do alinhamento dos usuários uns com os outros faz com que se privilegie um desenho de cuidado em detrimento de outros, muitos, possíveis. Opera de modo velado uma seletividade institucional (MIGUEL, 2014) que, ao negar espaços de interlocução, e justificar a não

criação pela “dificuldade de conversar” diz da não possibilidade de participar destes espaços a partir de seu lugar e modo de fala. Ignora-se o processo de socialização que permite desenvolver determinadas disposições (SOUZA, 2009) e termina por, ao invés de combater a desigualdade, perpetrá-la. Ao negar a dialogicidade nega-se, conseqüentemente, o próprio desenvolvimento e possibilidade do pensar crítico (FREIRE, 1987). Para Souza (2009) esse ‘esquecimento’ das precondições sociais que condicionam o desenvolvimento destas capacidades – pensamento prospectivo, disciplina, concentração, etc. – é compreendido como má-fé institucional, um modo de funcionamento que em nada favorece a proposta de promover cidadania. Opta-se por aquilo que Valentini (2001) chama de clínica “bonsai” que opera segundo um modelo de poda pela imposição da subalternidade e obediência.

De acordo com Lourau (1993), o processo de manutenção das instituições relaciona-se com o grau de interiorização das normas instituídas. Como membro das instituições existentes, o indivíduo se ajusta ao seu sistema de normas, podendo até se beneficiar do ordenamento destas normas. Assim, os seus desejos são sublimados – e aqui, mais ainda, os desejos dos usuários - conforme o que é aceito ou não. Não são colocadas em questão as instituições, contribuindo, desse modo, para a cristalização da ordem estabelecida. Todavia, existem diferentes graus de adesão e consentimento. Estabelece-se, assim, dois grandes modos de se relacionar com a instituição, de acordo com J. Gabel (1962 apud LOURAU, 2004): o sub-realista, que se identifica totalmente com as normas comprometendo sua apreensão do real; e o surrealista, caracterizado por uma falta de identificação e por uma maior apreensão do real. Para agenciar surrealismos, novos modos de ser e estar no mundo,

Cabe ao agente de cuidados oferecer ao objeto de seu cuidado um espaço vital desobstruído, não-saturado por sua presença e seus fazeres. É neste espaço vital, que o cuidador deixa livre e vazio – sendo sua tarefa justamente a de protegê-lo contra a presença excessiva de objetos e representações-, que o sujeito poderá exercitar sua capacidade para alucinar, sonhar, brincar, pensar e, mais amplamente, criar o mundo na sua medida e segundo suas possibilidades (FIGUEIREDO, 2007, p. 22).

Resende (2015) defende a inseparabilidade das dimensões éticas, políticas e clínicas no cuidado, pois todas elas estão permanentemente entrelaçadas no campo da experiência humana. Assim,

O cuidado visto exclusivamente da dimensão ética rapidamente se torna discurso moral, que descuida da realidade concreta e possível das pessoas. Visto exclusivamente do ponto de vista político, faz esquecer que cada indivíduo, ainda que necessariamente se faça a partir do social, tem sempre algo irredutivelmente alteritário. Do ponto de vista clínico, basta pensar o papel normatizador e classificatório na história da psicopatologia (RESENDE, 2015, p. 21).

A luta por romper com as práticas históricas de exclusão, de tecer redes onde há barreiras constitui o papel político do Consultório na Rua. A rotina mecanicamente organizada, que evita o “insuportável da convivência”, leva a esterilização do estar com e a potencialidade da construção relacional que lhe é inerente. A desconstrução em jogo não se resume apenas à uma luta que volta o olhar para o Outro, mas que se problematiza, que coloca em jogo o conjunto de aparatos que sustentam tal exclusão, inclusive com relação à própria prática. Seguindo os ensinamentos de Basaglia (1985, 2005), para desinstitucionalizar é necessário transformar a relação que se estabelece entre equipe e usuários para, então, estender esta mudança na forma de conviver para o território e todas as relações sociais.

Não é possível, contudo, a alteridade sem o encontro com outrem (DERRIDA, 1967/2009). Derrida (1967/2009) defende que a possibilidade do mal reside no homem não despertar para o outro. Ao contrário, ir na direção do outro “é a abertura do humano no ser, um ‘outramente que ser’” (p. 141). O fundamento ético do cuidado diz respeito ao responsabilizar-se que ocorre mediante o postulado de que o sofrimento em outrem é injustificado. Desse modo, toda perspectiva ética delineia-se a partir da relação intersubjetiva. É a partir da assunção da responsabilidade por outrem que aparece a justiça. A dimensão ética do cuidado implica, assim, que se abra à alteridade, que deixe esta ser, que cria condições para relações que não reduzam o Outro ao Mesmo, porque é o Outro que coloca em questão o Mesmo. Para Lévinas “reconhecer outrem é se doar” (p. 48).

Seria bom porque tem muita gente aí que é fechada, que tá sofrendo um problema e não quer se abrir com ninguém. E uma roda de conversa, todo mundo – tem uma roda de dez pessoas aqui, todo mundo conversando e o cara calado, alguma hora ele vai querer falar. Uma hora ele vai querer se abrir. Nem que não seja na primeira roda, na segunda, mas na terceira... até na décima ele vai se abrir pra conversar. E aí é onde a pessoa que tá no Consultório na Rua vai saber o que trabalhar na pessoa. Pra saber o que que ele tá sentindo, o que que ele quer, o que que ele quer pra melhora dele e pro atendimento geral da rapaziada da rua (Trecho da entrevista com Carlão, usuário do sistema).

Para que o cuidado seja de fato terapêutico, o doar-se precisa ser na medida do outro. A raiz etimológica do termo ‘clínico’ vem do grego *klinikós*, que tem como elemento de composição ‘klínio’, que significa inclinar sobre ou, ainda, *klíne*, que significa leito (BEDRIKOW, 2008). A clínica refere-se a esse inclinar-se sobre o leito do paciente. Isto é, ao movimento que o cuidador faz na direção do paciente. É esse inclinar-se sobre o Outro, essa

abertura para a alteridade que permite compreender aquilo que é terapêutico, pois que o terapêutico não é terapêutico em si, mas de acordo com a singularidade de cada um.

O que eu quero dizer é isso aqui. O que falta aqui é isso que eu falei pra você. Não é uma televisão pra você assistir o quê? Pra ver o quê? Aperfeiçoar em crime? Não, essas oportunidades de trabalho, de profissão, de curso profissionalizante pra você aprender alguma coisa. Quem sabe fazer alguma coisa aqui? Ninguém! Morre e sabe vender droga, fumar pedra, enrolar um cachimbo, fumar um cigarro fazer a cinza e voltar e fumar. Então é tudo que a pessoa sabe. Além desse carinho que eles têm, o carinho eles tem bastante, mas falta o principal. Porque olha quanta gente que tá aqui! Se contar acho que tem mais que cem, não tem? (Trecho da entrevista Hélio, usuário do serviço).

Somente debruçando-se sobre o Outro não reduzido ao Mesmo que é possível produzir uma incidência efetiva no cotidiano, criar experiências qualitativamente diferentes de ligação com o mundo (LEAL & DELGADO, 2007). Paulo Freire (2000) aponta o desenvolvimento da criticidade, da capacidade de refletir sobre si e sobre a realidade, como processo indispensável ao desenvolvimento da capacidade de agir sobre e transformar o mundo. A criticidade, por sua vez, é desenvolvida na relação com o outro, em comunhão. A transformação é inerentemente intersubjetiva, relacional. Na perspectiva de promoção da autonomia e cidadania, a produção de subjetividades, críticas, rebeldes abre diferentes possibilidades de inserção e relação constituindo-se, assim, em estratégia de transformação social. E também de cuidado, pois que atua sobre a conjuntura que incide sobre os processos de adoecimento.

O sujeito de direitos não é, assim, mera abstração formal, mas uma construção relacional. Os direitos, bem como os sujeitos de direitos, nascem das entranhas próprias da relação, do ser com os outros, “do chão duro das interações conflituosas que marcam a convivência” (CARBONARI, 2010, p. 177). A configuração do sujeito de direitos demanda repensar as institucionalidades disponíveis e também os subjetivismos individualistas. É preciso repensar a autonomia tida como sinônimo de autosuficiência. É preciso apostar em espaços para a diversidade solidária que viabilizem a emergência de subjetividade abertas, dialógicas e participativas. A emancipação, nessa perspectiva, não se reduz à sobre-potência individual defendida pela razão iluminista, mas abarca a liberdade e autonomia como processo de “constituir-se com os outros, desde os outros, para si e para os outros” (CARBONARI, 2010, p. 178).

Eu acho que a gente, enquanto pessoas em situação de rua, a gente entra num estágio tão... que a gente não consegue ter crítica. Eu acho que a gente chega num momento

que a gente vira gado mesmo – desculpa a expressão, eu falo de vivência. Eu me sinto uma pessoa crítica, eu me sinto uma pessoa que vou atrás, mas chega momentos que tudo é tão errado que parece certo. E você não para pra pensar o que que tá errado. Você não consegue parar pra pensar. Então eu acho que tem que ter a criação mesmo né. Aí eu acho que a responsabilidade do Estado, que aqui a gente tá falando do Consultório na Rua, é fazer essa reflexão com os usuários, porque muitas vezes, nós usuários, a gente não consegue pensar, fazer sozinho. A gente vai achar que é isso mesmo, “ah, é assim, porque é assim”. “É assim, vai ser assim”. E eu me coloco nisso né de, às vezes, ver algo errado e falar, “porra, é assim” e não conseguir ter essa visão. Eu acho que eu consigo ter essa visão hoje, porque eu saí dessa situação, de conseguir fazer essas análises. Mas quando estava vivendo, eu não tinha essa percepção. Eu acho que o papel do Estado, e nós estamos falando agora do Consultório na Rua, é de fazer essa análise junto né (Trecho da entrevista com Paula, usuária do serviço).

Após esse momento, saí para acompanhar um pouco do seminário. Pude perceber que apenas por volta de 15% das pessoas presentes no POP de fato estavam participando. A estratégia, contudo, de ter trazido o evento pro POP permitiu essa participação que seria ainda mais baixa se tivesse sido na academia possibilitando, desse modo, o encontro de pessoas e ‘categorias’ que normalmente não se encontram: população em situação de rua, juizes, promotores, agentes do POP... Sentei ao lado do Daniel e perguntei-lhe o que estava achando. Ele me respondeu algo que me chamou muita atenção: “o problema é que todo mundo fica no individual, fica tentando trazer pra si, e não se organiza e faz coletivo” (Trecho do diário de campo de 28/10/2018).

A semente da possibilidade, na filosofia básica de Freire, refere-se à criticidade: quanto mais se refletir de maneira crítica sobre a própria existência, mais se poderá alterá-la e mais livre o ser se tornará. E é a partir da experiência do Outro, da leitura de mundo deste, que se desencadeia o processo de conscientização, de aprender a ler a realidade de modo a possibilitar articular suas experiências de sofrimento e reivindicações individuais às condições sociais que interferem sobremaneira nas violações e violências que sofrem e lhes fazem sofrer (SABOTTKA, 2015). No lugar de adequar o ser ao mundo existente encarnado na tentativa de acomodar os usuários – torná-los efetivamente pacientes – às ofertas existentes, criar práticas potentes de inquietação.

É, eu acho muito importante, primeiro por conta da complexidade das questões que se apresentam aqui e as respostas individuais não conseguem alcançar. A atividade coletiva traz um fundamento muito importante, além da interação do profissional e do usuário do serviço, que é os próprios usuários se conectando em torno de um tema ou de uma atividade, que permite uma ampliação muito grande mesmo de horizontes e uma troca. E um estabelecimento de vínculos, que é difícil. É um espaço de confiança onde as pessoas podem cuidar desses vínculos. Na rua é muito difícil mesmo que se criem esses vínculos fortes e mais duradores, e eu acho que a atividade coletiva proporciona essa aproximação. E outro, por se tratarem também de demandas coletivas mesmo. A demanda pra essas pessoas é basicamente coletiva, elas estão inseridas numa estrutura de sociedade que exclui, que deixa as pessoas à margem e apesar de todas as diferenças que existem, de toda a diversidade que existe entre essas pessoas é comum a elas a falta de acesso à alimentação, à moradia, ao saneamento, à saúde. Todas essas demandas não satisfeitas são demandas comuns a todas elas, e que

uma resposta individual não tem potencial de transformação da realidade social. Tem no atendimento individual possibilidades de mudança de realidade individual e, enfim, a inserção em alguns processos políticos e sociais individualmente, mas o serviço, eu acho, que tem um dever, um dever mesmo, um dever que tá expresso, na realidade, no Sistema Único de Saúde, que é o dever de proporcionar esses espaços de participação e de organização dessas demandas coletivas afim de provocar uma transformação mais efetiva (Trecho da entrevista com a assistente social).

Emil Sobottka (2015) reflete sobre como a consciência da injúria e da injustiça nem sempre mobiliza a indignação em direção à resistência coletiva. O pesquisador resgata uma palestra proferida por Axel Honneth em 1981 em Dubrovnik, no qual este refere-se à individualização institucionalizada como barreira para a mobilização e luta. Esta refere-se às formas de organização da vida social que dificultam, ou mesmo impedem, uma partilha informada das experiências cotidianas de injúria e injustiça. O autor ressalta que apesar da clareza que muitas vezes acompanha a percepção dos indivíduos acerca das ações de terceiros acerca das violações e violências que sofrem, as experiências de desrespeito e injúria não são articuladas num marco interpretativo mais amplo. Estas experiências não são localizadas em sua dimensão social e política. Não se estabelecem conexões entre a biografia e o contexto social mais amplo. Não há, portanto, a capacidade de generalização que possibilitaria evidenciar que as práticas de desrespeito transcendem as relações individuais e se inserem em estruturas mais amplas e profundas e, portanto, demandam uma reação mais ampla que a indignação individual. O indivíduo não se localiza no mundo e, desse modo, não é atribuído um sentido à suas experiências de modo que estas possam orientar a ação. É preciso voltar o olhar para desenhos de cuidado que, pela possibilidade de compartilhar e refletir conjuntamente as experiências de sofrimento e desrespeito, estas possam ser articuladas e transformadas em aprendizado coletivo capaz de orientar a ação política.

É dever previsto tanto nas diretrizes do SUS, quanto nas normativas que orientam a Atenção Básica, e também da Política Nacional para a População em Situação de Rua, o controle social da política e a fomentação da participação social. Dispositivos de cuidado com um desenho coletivo carregam em si a potencialidade de configurar-se como espaço de relação pautado na alteridade que propicia aos profissionais se aproximarem de seu público-alvo, de desenvolver uma reflexão crítica a partir da com-vivência e experiência com o Outro e readequar suas práticas de acordo com suas demandas. Para que a potencialidade não permaneça apenas no plano da potência, é preciso uma postura ética de pensar formas mais igualitárias e justas de convivência em nossa sociedade. É preciso, como aconselha Basaglia (1985, 2005), primeiro mudar a relação que se estabelece entre equipe e usuários para, então,

alargar esta mudança na forma de conviver para o território.

É, eu acho que fica o acesso, assim, deles no coletivo pra levantar demandas, é muito reduzido ainda. É muito reduzido. Isso de controle social, é muito reduzido. Teoricamente existe um Conselho, que não está funcionando. E existe, que é um... é um rascunho, é algo ali, que são as assembleias que rolam aqui no Pop. Nessas ocasiões eu tenho sustentado na equipe que pelo menos algum de nós tem que participar dessas assembleias. E, na medida que a gente está participando, tem surgido questões direcionadas a nós, que eles tem a possibilidade de falar. Quando na ocasião agora, há duas semanas ou três, que o Pop foi lá falar que ia restringir o acesso e tal, aí a gente tava, e aí já começaram a apontar pra gente, “mas e vocês? E a saúde”? E aí a gente pôde falar, “não, a saúde atende com portas abertas, demanda espontânea”. E aí o Rogério lá e o Danilo, “não, mas a gente tá vendo com eles se vai ter uma agenda”. E aí a gente falou, “ué, mas agenda? A gente não tem como saber quem vai adoecer um dia né?”. E isso foi dito na assembleia pra todos ouvirem (Trecho da entrevista com uma das psicólogas).

Semana passada teve uma conversa do povo aí e decidiram, só que nenhum morador de rua falou nada, cara. Decidiram que o atendimento pra café da manhã vai ser lá no portão. (risos). Sem consultar. Já tinha decidido. Só botou a assembleia pra falar pra nós. Então a assembleia não é lugar pra gente falar, é pra ouvir. Eles não querem ouvir a gente. Eles não querem ouvir a gente em nada. Não quer ouvir reivindicações, só quer fazer o que eles querem [falando do Centro Pop] (Trecho da entrevista com Carlão, usuário do serviço).

A justiça social, como balizadora da atuação profissional, tem sua antítese na injustiça social que se expressa tanto no plano da distribuição desigual das condições materiais e imateriais que tornam a vida digna, como também na injustiça de participação (FLORES, 2009; MAGENDZO, 2014). É preciso ousar sair do comodismo de quatro paredes e das portas que se abrem apenas àqueles individualizados, fragmentados, objetificados, não para falar, mas antes de tudo para ouvir, para poder ser endereçado. Para que, enfim, o subalterno possa falar (SPIVAK, 2010). Implica, portanto, uma disposição, um esforço de interlocução com o sujeito, orientado por um interesse genuíno naquilo que ele representa, sente e pensa. “Ele não deve ser uma identidade abstrata, um objeto de estudo ou pesquisa, mas um interlocutor que participa da trama dramática da qual ele é herói” (DIATKINE, QUARTIER-FRINGS; ANDREOLLI, 1993, p. 77).

Transformar implica romper com o mesmo. Não advogo a favor de um dispositivo específico ou outro, mas a abertura ao novo, aos desejos, à incerteza, à singularidade. O que denuncio é especificamente o fechamento ao novo, sempre e para sempre entre muros e paredes. É a institucionalização de um cuidado que, ainda que se pretenda emancipatório, é capturado no interior dessas quatro paredes por forças disciplinares. O que defendo é o deixar-se afetar, ousar tornar-se sensível às linhas e jogos de poder. É dar lugar ao questionamento onde há repetição. Contra a institucionalização, a criação de “agenciamentos

maquínicos de desejo e coletivos de enunciação” (OLIVEIRA, 2015, p. 15; DELEUZE & GUATTARI, 1997). É denunciar, mas, sobretudo, anunciar. É voltar o olhar não só para o limite do que somos, mas para tudo aquilo que a nossa prática pode anunciar.

CAPÍTULO 3 – O ANÚNCIO

Não estamos no mundo apenas para nos adaptarmos a ele, mas para transformá-lo (FREIRE, 2000). Na dialética instituído-instituinte, a particularidade surge como anúncio do possível. Uma das formas da particularidade expressar-se, segundo Lourau (2004), é pelos próprios membros das instituições. São os membros que ousam surrealizar o instituído. Que, por sua apreensão do real, pela compreensão do limite de sua prática, fazem diferente. Subvertem. Criam. A única maneira de não ficar preso ao imobilismo fatalista diante de toda a desigualdade, injustiça e violência é criar utopias. Para que o vislumbre da possibilidade não redunde em mera miragem é preciso que a própria utopia funcione como significante da prática. Se a utopia é a emancipação, então há que se construir o cuidado como emancipação.

Não é possível vislumbrar a inclusão, se não se inclui. Não é possível almejar o diferente, se repito o mesmo. Não é possível educar para os direitos humanos senão a partir do respeito pelo direitos humanos. Se concebermos os direitos como processos de luta pelo acesso aos bens materiais e imateriais que tornam a vida digna, então não é possível vislumbrá-los senão que por “processos institucionais e sociais que possibilitam a abertura e consolidação de espaços de luta pela dignidade humana” (FLORES, 2009). Os processos educativos, neste sentido, estão inseridos nas relações e interações humanas que se desdobram em vivências e aprendizagens (CARBONARI, 2014).

O sujeito de direito (CARBONARI, 2010; MUSSE, 2008) não é criado por lei, sendo relacional e socialmente construído. É tarefa do cuidado criar as condições relacionais e sociais para tal, de substituir submissão pela protagonismo (PIRES, 2004). No interior do dispositivo, os elementos heterogêneos que o compõem articulam-se num jogo de relações com posições e funções diferentes, de modo que a maneira que toma forma a articulação entre tais elementos de articulação pode promover práticas que perpetuam aquilo com o qual se pretende romper ou, ao contrário, promover práticas verdadeiramente emancipatórias. O dispositivo dita suas regras em práticas, diz em ato. Sua organização é mensagem que fala.

É patente a lacuna produzida na ruptura com a lógica de bando, do abandono, compreendida como lógica que produz e mantém a desvalorização da população em situação de rua, e o desafio de construir dispositivos que de fato sustentem uma possibilidade concreta de inclusão e participação do usuário nas trocas sociais a partir de um lugar de protagonismo.

Kinoshita (2001) aponta que esta passagem – de uma situação de desvalorização para a situação de uma participação efetiva – não se dá automaticamente. Ao contrário, como destacado, é mais presente a tendência à institucionalização de um modo de cuidar estacionado no patamar de assistência humanizada, mais tolerante, porém igualmente excludente. O desafio é, portanto, a busca por práticas e desenhos de cuidado que indiquem um caminho para além desse patamar (KINOSHITA, 2001).

Como Paulo Freire coloca, não há escapatória: o sonho viável exige pensar diariamente a prática. Exige um compromisso de ruptura, de não repetir as espoliações contra as quais se luta. No lugar de repetir, demanda criar, inventar. O pensar volta-se à identificação de espaços livres a serem preenchidos com sonho. Mais que uma resistência, é uma prática micropolítica e micro revolucionária que faz brotar, das rachaduras mesmo do instituído, o instituinte, que faz florescer sonho. Identificar, portanto, aquelas práticas que contém em si a semente para a utopia possível constitui um esforço para tentar refletir sobre o funcionamento do Consultório na Rua, no sentido de auxiliar a alcançar seus objetivos e papel fundamental como agente de ruptura nos processos de exclusão a que estão histórica e cotidianamente submetidos à população em situação de rua. É reconhecer potências anunciadas.

3.1 JOGANDO COM OS JOGOS DE PODER

Logo começamos a separar os times. Conheci o Carlão, o Marcelo o seu Luis. Todos me receberam calorosamente e me deram boas vindas. Joguei a primeira partida. Do canto da quadra Ualíson me dava dicas táticas, “escolhe um pra marcar”, “não sai das costas dele”. Foi bom ver os papéis se invertendo e a horizontalidade rompendo a verticalidade. E não é esse mesmo o propósito de tais atividades? (Trecho do diário de campo de 14/09/2018)¹⁵.

O antídoto para combater o a(bando)no é o esforço por construir práticas inclusivas. Práticas que incluam não pela via da subordinação ou disciplina, mas pela criação de espaços em que a convivência igualitária, democrática e dialógica impere (FREIRE, 1987; RESENDE, 2015). Práticas que não reduzam o Outro sempre ao Mesmo. Práticas abertas à alteridade e capazes de progressivamente desconstruir as assimetrias de poder. É apostar em desenhos de cuidado que carregam em si a

¹⁵ A atividade a que este trecho do diário de campo, e grande parte dos trechos que seguem, se referem é a oficina de futebol que ocorre todas as sextas às dez da manhã em que a psicóloga Isabela e vários usuários, alguns assíduos frequentadores, outros não, jogam futebol numa quadra localizada numa praça próxima ao estabelecimento do Consultório na Rua.

potencialidade transformadora do cotidiano. Contra a unicidade da norma que tudo disciplina, a multiplicidade.

Kinoshita (2001) elenca como tarefa de um cuidado voltado para a reabilitação psicossocial a importância de reconstruir a contratualidade do usuário. A contratualidade é compreendida pelo autor como a capacidade do sujeito de realizar trocas sociais em diferentes cenários da vida cotidiana. Esse poder, argumenta, relaciona-se com a produção de valor social, referente ao sujeito, que lhe faculta determinado *quantum* de poder de contrato social. Jessé Souza (2009) aponta que o reconhecimento social, isto é, o valor atribuído à determinada classe, insere-se num processo complexo de assunção da universalidade de determinadas disposições, que não são universais, mas fruto de uma socialização específica, cuja distribuição diferencial é usada para legitimar a desigualdade. Tal processo perpetua a própria desigualdade, pois segue excluindo a classe desprovida de tais disposições das oportunidades materiais e simbólicas indispensáveis ao próprio desenvolvimento de tais disposições. São precisamente estas disposições que parecem servir de condição para a contratualidade de que fala Kinoshita. Souza (2009) aponta que o problema é que fica encoberto - pelo Estado, pelo mercado, pela ciência e senso comum – que existem condições sociais para a aquisição das disposições socialmente valorizadas, operando, desse modo, uma redução desse processo aquisitivo ao mérito e capacidade individual.

Assim, se as políticas públicas não forem sensíveis à essa sociabilização diferencial que termina por informar a distribuição desigual de precariedade, a constituição dos anormais e dos *homo sacer*, estas acabam por perpetuar a reprodução de relações sociais que “aceita[m] produzir ‘gente’ de um lado e ‘subgente’ do outro” (SOUZA, 2009, p. 24). A partir da atribuição de uma negatividade *a priori* às pessoas em situação, reduz-se ou até anula-se seu poder de trocas (KINOSHITA, 2001). Mortas e deixadas à própria morte diariamente pelo a(bando)no, excluídas e privadas do campo institucional das disputas políticas pela seletividade institucional (MIGUEL, 2015), o esforço para reconstruir a contratualidade é mister e começa na relação com os próprios profissionais.

Reside aí a importância de “produzir dispositivos em que, desde uma situação de desvalorização quase absoluta (pressuposto), possa-se passar por experimentações, mediações que busquem agregar valores que lhes tornem aptos para o intercâmbio (KINOSHITA, 2001, p. 16). Se a subjetividade, e as próprias relações de poder são

construídas na intersubjetividade, a com-vivência torna-se estratégia de produção subjetiva e política a partir das relações e dos intercâmbios que esta enseja. O desafio é transformar os dispositivos que mantêm a desvalorização do paciente em situação de rua pela manutenção das assimetrias sociais e de poder. O coletivo desempenha, nesse sentido, essa possibilidade de transformação que, pela possibilidade de compartilhamento de experiências cotidianas, permite a quebra da ilusão identitária pela produção de um campo horizontal de identificações no sentido da diversificação e abertura de campos de possibilidade (RESENDE, 2015).

E atividade, eu acho que são as atividades coletivas mesmo. É uma oportunidade da gente interagir de uma outra forma que não seja na mesa, trocando informação, geralmente uma pessoa procurando informação e recebendo e a outra passando informação. Na atividade coletiva, essa lógica ela é desconstruída e parte pra uma lógica que é muito mais horizontal né. E isso é muito bom, porque a gente oportuniza que a pessoa ocupe outro espaço, outro lugar, outro lugar de interação, outro lugar pra falar. Então é muito importante, apesar de ser difícil (Trecho da entrevista com a assistente social).

Desinstitucionalizar é, necessariamente, multiplicar. É transformar as relações instituídas entre as pessoas e as instituições (BASAGLIA, 1985). Em contraposição aos atendimentos individuais, trancados entre quatro paredes, a rigidez dos papéis profissionais, a relação verticalizada calcada na dicotomia entre quem sabe-prescreve e quem não sabe-obedece, das trocas mecânicas e burocratizadas, a horizontalização das alterações, a alteridade, a multiplicação das trocas sociais. Não basta conviver, é preciso com-viver. Para que o encontro se torne terra fértil para o florescer de possibilidades, faz-se necessário certo tipo de postura, uma atitude Eu-Tu, como defendida pelo “filósofo da relação” Martin Buber (LUCKZINSCI & ANCONALOPZES, 2010). Tal postura implica arriscar-se em um encontro existencial onde haja um interesse genuíno nesse outro, diferente de mim, mas que por isso mesmo traz em si a semente da possibilidade. Ao contrário, uma relação permeada por saberes apriorísticos, que criam uma névoa que não me permite enxergar o outro, estabelece uma relação Eu-Isso na qual o outro é apenas um objeto, meio para um fim. O com-viver, isto é, uma convivência orientada por determinadas características e posturas, põe em jogo as relações de poder e as identidades rígidas e determinadas *a priori*. Não é, contudo, tarefa fácil. Demanda o exercício da não-neutralidade, do afetar-se. Reclama crítica e disponibilidade afetiva (BASAGLIA, 1985). Exige mergulhar na experiência, entregar-se e expor-se (PITTIA, 2005).

Com-viver requer abrir mão do argumento de autoridade em nome da autoridade do argumento (DEMO, 2005). Requer romper com as relações bancárias (FREIRE, 1979) em que supõe-se que um polo da relação, por sua posição de autoridade, detém todo o saber e, por isso o poder de prescrever, enquanto o outro nada sabe, só lhe cabendo obedecer. É, assim, abrir mão, das práticas necrófilas que transformam o Outro em coisa, já que mediante o controle completo e absoluto perde-se a qualidade essencial da vida: a liberdade (FREIRE apud FROMM, 1987). O problema deixa de ser unicamente a cura, a vida produtiva, e passa a ser a produção da vida, de sociabilidades, de sentido (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 2001).

O coletivo é potente nesse sentido, pois permite estabelecer conexões entre pessoas diferentes e, conseqüentemente, entre modos de existencialização diferentes. A própria relação de pertencimento é construída mediante o reconhecimento do Outro, o que implica direitos, mas também obrigações. Cria-se campo de confronto, de interrogação que cria rachaduras, onde antes estava cimentado, de onde o novo pode brotar. Cria-se possibilidade para desidentificações e deslocamentos subjetivos. Os profissionais, acostumados a uma posição hierárquica de detentor do saber, passam a ser detentores de um saber dentre tantos outros sendo, assim, convocados a ocupar outro papel em um confronto de saberes que resulta na mudança das relações de poder. Reside aí a importância de preservar a possibilidade de conflito (BASAGLIA, 2005). A abertura para a alteridade, a inclusão do Outro, implica, necessariamente, a possibilidade do conflito. Para Demo (2006) a inclusão de pobres em programas assistenciais reduz algo da ordem do poder apenas à sua dimensão material acabando por perpetuar a exclusão na medida em que produz apenas uma inclusão marginal, condicionada à adequação e submissão. Vez que não há sociedade que não tenha questão social, que não demande gerenciar a multiplicidade de interesses, isto é, gerenciar conflitos perante as diferenças e desigualdades, o confronto figura como capacidade crucial ao âmbito das disputas políticas.

Acolher confrontos representa o contrário de impor. É abrir mão do argumento de autoridade em nome da autoridade do argumento (DEMO, 2005). Nesse sentido, o conflito representa situações individuais e/ou coletivas em que pessoas ou grupos apresentam valores e interesses divergentes. Contra a unicidade da norma, acolher o conflito representa o reconhecimento de éticas relativas e plurais (DEMO, 2005), bem como a possibilidade de construir o comum pela convivência igualitária e fraterna.

Jares (2006) aponta o potencial do conflito configurar-se como experiência pedagógica. Para que se configure de fato como tal, a chave reside na resolução não violenta destes. O que, por sua vez, demanda a análise de seu contrário, isto é, da violência em todas suas diferentes facetas: institucional, estatal, estrutural e cultural. A resolução não violenta dos conflitos, por, em primeiro lugar, acolher as diferentes perspectivas conflitivas, não ceifa a diferença em nome de uma homogeneidade violenta. E é por isso que, em segundo lugar, dá oportunidade para conhecer e compreender pontos de vista e interesses outros, de existir, de fato, democraticamente. No lugar de uma participação marginal, oportuniza uma efetiva inclusão igualitária dos diferentes não mais tornados desiguais, mas iguais.

Então... às vezes, eu me pego pensando nisso mesmo, Rafa. Porque, assim, por exemplo, com relação ao futebol, eu continuo sozinha né, com exceção da época que você veio comigo. A galera não pilha, não tem interesse. E mesmo eu falando, “galera, não precisa jogar. É só ir como apoio, pra anotar, pra pegar o nome da galera, fomentar lá a discussão quando a gente termina, a conversa...”. E não tem. – inicialmente, eu achei que pudesse ser isso, “ah, futebol não é trabalho. Futebol não é um trabalho de promoção de saúde”, como eu compreendo desde sempre. Mas isso eu pude até trazer de uma forma bem explícita quando eu fiz um trabalho sobre a oficina de futebol. Isso ficou bem claro pra equipe, o quanto de promoção de saúde é possível fazer com essa oficina né. E aí ficou pra mim que não há, realmente, a nível pessoal, interesse de fazer isso (Trecho da entrevista com uma das psicólogas).

A partir de uma concepção biomédica e reducionista de cuidado, a potencialidade clínica da convivência é muitas vezes desperdiçada (RESENDE, 2015). Mas como Basaglia (1979) bem coloca, “o homem não é apenas um doente, mas um homem com todas as suas necessidades”. Nesta perspectiva, a ação terapêutica engloba tudo que faz parte da vida. Marazina (1997), a partir de sua experiência nos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), identificou a dificuldade dos profissionais de saúde de conviverem com os ‘pacientes’, o que, à primeira vista, pode parecer absurdo - ora, eles não convivem todos os dias? Postulo que podem até conviver, mas não com-vivem. Para a autora, quando se trata de diagnosticar, medicar, prescrever, tudo vai bem porque ocorre a partir de uma referência mais codificada. Quando, no entanto, o convívio se dá fora desse referencial, quando, por isso mesmo, pode tornar-se com-viver, aberto ao inesperado, há uma grande resistência. Mas é justamente por não ser codificado que fica potencialmente facilitada a criação de um espaço para o Outro em mim (RESENDE, 2015).

O com-viver implica abrir mão do poder técnico, ou, ao menos ir além dele, pois é da ordem da experiência (CARROZZO, 1997). Para além de técnicas, é preciso lançar mão da própria subjetividade, das emoções e competências sociais. Desinstitucionalizar é precisamente o oposto de compartimentalizar, é a multiplicação das trocas sociais (ROTELLI, LEONARDIS & MAURI, 2001). A rigidez dos papéis profissionais, e a dificuldade que estas engendram para o estabelecimento de trocas autênticas, é desestabilizada na com-vivência que multiplica as possibilidades de troca. Do simples prescrever-obedecer surge diálogo, conflito, reconhecimento e solidariedade. Produz mudanças nas estruturas e nos sujeitos, pois que estes só se produzem conjuntamente (RESENDE, 2015). É como Delgado (1991) coloca: quando o médico – ou qualquer outro profissional de saúde – organiza festa, pinta, dança, ou aqui, joga, o paciente deixa de ser expectador e passa a opinar, reivindicar, organizar, divergir, enfim, jogar com os jogos de poder.

O coletivo é um plano povoado de relações e processos moleculares no qual o intensivo está presente e agencia forças que produzem efeitos dando passagem a intercessores criados nesse contexto e que conduzem à invenção, às novas subjetividades, novos modos de ser e estar no mundo (ESCOSSIA & KASTRUP, 2010). Magendzo (2015) defende que a educação para direitos humanos tem como propósito contribuir para a transformação social, a democratização da sociedade e a emancipação. E que esse processo só é possível mediante a reversão da injustiça de participação pela justiça de participação. Educar, a partir de Paulo Freire, no seu sentido mais amplo, refere-se à própria formação dos seres humanos ao longo da história e em práticas sociais diversas. É um processo, de produção de sentidos (MARTINÉZ, 2012; GONZÁLEZ REY, 2012). Para que seja formadora, e não deformadora (FREIRE, 1979), as práticas educativas devem voltar-se para permitir que o homem seja sujeito. É nesse ponto que as práticas educativas coincidem com as práticas de cuidado em suas dimensões ética-política-clínica (RESENDE, 2015).

A articulação entre a dimensão ética, que se abre à alteridade ao invés de fechar-se perante o diferente, e assim também fechar as possibilidades de troca, participação e pertencimento; a dimensão política de criar condições para a inclusão no combate à exclusão e a(bando)no; e a dimensão clínica de propiciar espaços de subjetivação capazes de modificar qualitativamente a experiência, cuidando sob medida, incide sobre as demandas, necessidades e desejos que podem ser vistos e endereçados precisamente pela articulação com a ética e a política. É tal articulação

que viabiliza a criação de sentidos outros possíveis para a existência, da construção da condição de sujeito, enfim, formação do ser humano mais humano. Não mais mera vida matável, mas vida digna. Não mais reduzido a *homo biologicus*, mas reconhecido como *zoon politicon* não mais alienado das decisões que lhe concernem. É prática de cuidado que se configura como experiência pedagógica que, pela dialogicidade e democraticidade, educa para a autonomia. Como ninguém educa ninguém, mas são educandos em comunhão, na e pela relação, é impossível dissociar este processo de seu caráter alteritário.

Tal pedagogia da alteridade e da diversidade é, em sua essência, uma educação para a responsabilidade (MAGENDZO, 2015). É vendo esse outro tal qual ele é, não o reduzindo ao Mesmo, que este outro verdadeiramente aparece. E que aparece seu sofrimento. E é precisamente esse sofrimento o fundamento ético do cuidado, do responsabilizar-se (LÉVINAS, 1982b/2010). Diz respeito a uma responsabilidade assimétrica, altruísta e desinteressada, em que não importa o que o Outro é em relação a mim, mas antes de tudo que ele é aquele por quem sou responsável (LÉVINAS, 1982c; 2010). A perspectiva ética nasce da própria relação alteritária, de modo que criar condições que possibilitem tais relações é criar condições para o cuidado. É uma tal ética que é capaz de romper com a histórica relação de a(bando)no (AGAMBEN, 2002).

O cuidado, entretanto, muitas vezes é reduzido apenas à dimensão clínica, confundindo-o com procedimentos e técnicas. Ivan Illich (1975) aponta que a medicalização da vida operada pela industrialização, burocratização e tecnicização da saúde faz com que o sistema médico, ou mais amplo clínico, criado para proteger a saúde, acaba por produzir quando não a própria doença, mas as condições que lhe propiciam. O autor destaca a iatrogênese social, que ao subordinar o doente ao saber médico reduz a autonomia deste com relação à própria saúde. Também é destacada a iatrogênese estrutural que se configura como o aniquilamento do potencial cultural para lidar com as situações de enfermidade pela retirada do significado social, pessoal e íntimo do sofrimento transformado em problema técnico. Assim, é a articulação dos diferentes elementos que constituem os dispositivos, pautada nas perspectivas ética e política, que viabiliza a própria clínica em seu sentido de dispositivo voltado para a produção da saúde.

eu acho. Tinha menos rotatividade, um grupo maior frequentava já e a gente foi pilhando que era sextas e tal e eu vi nisso uma super oportunidade de vincular os pacientes. Eu vi como isso me aproximava, me aproximou dos pacientes, mesmo porque eu tinha pouco tempo aqui, eu estava chegando aqui. Eu tinha um ano e pouco, eu acho, de Consultório. E aí eu vi nisso uma possibilidade. Eu vi como que em duas, três semanas eu ia chegando e todo mundo gritava, “ô galega! E o futebol”? E não sei o quê. E eu vi como isso fazia sentido, como isso aproximava o profissional de saúde dos usuários né. E, pra além disso, eu fui vendo inúmeras oportunidades de vias de acesso pra se trabalhar muitas questões, principalmente voltadas ao uso abusivo do álcool e outras drogas. Com oportunidades de *insights*, assim, que grupos terapêuticos demorariam, assim, se é que um dia chegariam a ver, por exemplo, o Vladimir, que é um usuário crônico de crack falar, “cara, semana que vem eu vou pegar leve na quinta e não vou beber pra poder vir jogar”. Porra... uma redução de danos! Uma possibilidade de um usuário como esse se dar conta disso porque ele quer jogar, porque ele está participando e tá vendo sentido nisso... De poder fazer essa reflexão de como isso afeta o corpo dele, a vida dele. Então isso deu uma oportunidade, de quando ele faz essa fala, de muitos se darem conta disso, da gente trabalhar isso, de como a droga afeta o corpo físico, o condicionamento, as relações... quanta brecha, cara, levantou ali pra gente trabalhar, sabe? Em relação à alimentação... em mínimas coisas. Quando eles me viram bebendo água eles falaram assim, “é né, é melhor beber água do que”- ele estava esperando pra beber uma pinga, e eu falei, “com certeza, a gente precisa se hidratar”. Coisas básicas mesmo se tornam possíveis de conversar. Em que outra oportunidade eu falaria com eles sobre isso? E que vai de encontro com uma área de interesse meu também, que é área da saúde, do esporte né, que daí já é algo que extrapola o meu lugar de psicóloga, mas fala da Isabela né? Dá uma outra condição, é outra posição [do profissional e usuário]. E o fato de eu jogar com eles mesmo, isso faz um... tem um outro... eu acho que eles se aproximam mesmo de mim né. Essa vinculação se dá de forma mais rápida e mais evidente, assim, quando eu tô lá no tête-à-tête e a gente rola no chão, se machuca, “argh!”, se olha e fala, “nossa, que trombada foi essa né fulano?”. E aí a gente vai e a partir dali vamos conversando (Trecho da entrevista com uma das psicólogas).

Não é incomum, nos dispositivos clínicos tradicionais, como as consultas individuais, que informações que surgem em outros contextos, mais espontâneos e menos hierarquizados, não sejam relatadas por não serem percebidas como relevantes ou, ainda, por não sentirem-se acolhidos. São muitas as situações que, quando perguntados como estão ou para falarem de si, limitam-se a dizer “está tudo bem”, “não tenho nenhuma novidade” (DIAKTINE, QUARTIER-FRINGS, ANDREOLI, 1993). Na oficina de futebol, por outro lado, pude vivenciar momentos em que não só a biografia dos sujeitos surgiu de forma espontânea, mas também foram partilhados medos, anseios, sonhos dos quais nunca, embora os visse e conversasse com eles no Consultório na Rua, tinha ouvido falar. As práticas, às vezes, falam mais do que as próprias palavras. Revelam uma organização que diz. O estar com e fazer junto (RESENDE, 2015) dizem “eu te vejo”, “eu estou aqui”, “estamos juntos”. A disponibilidade do estar com e o fazer junto surgem, então, muitas vezes, como possibilidade de interlocução (RESENDE, 2015). Como Resende (2015, p. 139) diz, “mesmo que se admita

que a palavra pode surgir em qualquer parte, para ser ouvida é preciso que se engaje na interlocução”.

Para uma população marcada pela sobreposição de uma visão estigmatizante sobre seu ser, pelo a(bando)no e pela exclusão, a disponibilidade afetiva pode ser o elemento chave para a vinculação. Resende (2015) aponta para a importância da desconstrução e horizontalização das relações de poder, mas também de uma assimetria. Esta assimetria, contudo, diferente da assimetria presente nos dispositivos clínicos clássicos, não serve para preservar o cuidador que, ‘protegido’ do âmbito da relação tem seu saber e autoridade inquestionados, mas para preservar o sujeito que é cuidado. Serve para que não haja exigência de reciprocidade, afeto ou cuidado, isto é, que não se criem condições para o cuidado. É a responsabilidade ética de que fala Lévinas (1982c) intimamente relacionada à disponibilidade. A disponibilidade de deixar ser, estar com e fazer junto configura a própria com-vivência que desempenha o papel de quadro que viabiliza interlocuções, relações e, assim, a própria reconstrução das possibilidades de inserção social.

Mas há uma necessidade, assim, gritante de habilidade de comunicação. Então é uma competência que o profissional que tá no Consultório na Rua tem que explorar mesmo. A habilidade de comunicação. As pessoas que estão na rua passam, as vezes, dias sem se comunicar. Têm pessoas que, realmente, tem dificuldade muito grande de expressar realmente o que que elas estão precisando. E, as vezes, a gente não consegue descobrir nos primeiros dias. As vezes demora, tem tempo, precisa de vincular (Trecho da entrevista com o médico).

A palavra e a simbolização nem sempre vêm fácil. Alguém com dificuldade do dizer pode, contudo, fazer da atividade um substituto. Um meio por meio do qual falar de si. Reside aí a importância da diversidade das ofertas de cuidado. Objetos e atividades podem funcionar como mediadores que remetem a uma relação com o mundo auxiliando, desta maneira, no surgimento da interlocução (DELION, 1984) a partir de uma ordem não discursiva. O fazer junto potencializa a dimensão simbólica do cotidiano. Roussillon (2010) destaca que a transferência¹⁶ não é exclusiva aos dispositivos psicanalíticos. Ao contrário, se faz presente na relação que os pacientes estabelecem com seu entorno e com os próprios dispositivos de cuidado. A questão é torná-la simbolizável. A simbolização, por sua vez, diz respeito à operação de uma decomposição e recomposição capaz de agenciar novas possibilidades de ser e estar no mundo. É uma clínica que usa o cotidiano em prol da emancipação.

¹⁶ A transferência utilizada aqui refere-se ao conceito psicanalítico que define o fenômeno, que ocorre em todas as relações, do deslocamento do sentido atribuído a determinada pessoa ou acontecimento do passado para o presente (FREUD, 1900/1996).

Não é, contudo, qualquer atividade ou objeto que é capaz de funcionar como mediador. O mediador, Delion (1984) coloca, não é um mero acaso. Para configurar-se como tal precisa estar articulado com a história do sujeito. Só assim tornam-se possíveis os processos de subjetivação e interlocução. É preciso que surjam, então, não de uma imposição mas de discussões e decisões mútuas. De outra forma, seria apenas outro modo de disciplinar. Boa parte dos fracassos relacionados a determinados dispositivos de cuidado são resultado da inadequação destes às problemáticas do usuário – o que, muitas vezes, é fruto da redução do cuidado ao âmbito tecno-clínico. O dispositivo deve ser pensado em função da demanda que clama por cuidado. É preciso construir um enquadre “sob medida” (ROUSSUILLON, 2010) para que tenha, de fato, incidência sobre a vida.

Eu enxergo assim: eu acredito, eu aposto nas atividades coletivas que possam vir a partir de uma demanda deles. E é por isso que o futebol, apesar de trancos e barrancos, mas ele ainda se sustenta, porque são eles, eles que vem me chamar pra jogar, “ô galega, cadê? Vamos jogar” e tal. “Estamos lá, estamos te esperando! Cadê a bola”? Eles me buscam, eles sustentam junto comigo esta atividade. Eu acho complicado vir uma demanda lá de cima, da gestão, do Ministério de que tem que fazer grupos de promoção de saúde, de que tem que fazer grupos pra falar sobre ISTs. Cara, é interessante? É. Mas na prática, não rola muito. Já se tentou algumas vezes, até não propriamente partindo da nossa equipe, mas até de ONGs, tem as meninas lá das Tulipas lá que já vieram fazer o curso e tal. Não rola uma... assim, é muito pouco o interesse deles dessa coisa pronta que vem, “ô, entra aqui que agora vocês vão ter um grupo. É pra entrar”. Aí alguns até entram e levantam no meio, “que que é isso aqui?”, sabe? Então, eu realmente acho que funciona, de fato, quando é sustentado conjuntamente com eles. Por exemplo, o artesanato veio a partir de uma demanda de duas usuárias. Então, começamos. “Ah, vocês querem? Então vamos embora”! Estão aí, tão convidando. Veio muito mais gente do que só as duas. Veio uma galera. O pessoal falou, “ah, ai ter artesanato”? O Lucas falou, “eu quero”. Se convidasse pra vir pra uma roda de não sei o que lá, ele não vem. Mas ele topou ficar porque ele falou, “ah, então eu vou ver”. Se interessou de alguma forma né. Então eu acho que essas atividades são importantes, mas eu talvez ainda precise caminhar um pouco mais nesse entendimento dessa coletividade da população em situação de rua, porque é um coletivo, mas é difícil esse agrupamento dessas pessoas. Então esse em comum que é difícil, porque parece que pra muitos a única coisa em comum é estar em condição de rua. E só isso pra agrupá-los, assim, sabe? Eu sinto necessidade dessa linha, desse link pra costurar e fazer sentido (Trecho da entrevista com uma das psicólogas).

A indissociabilidade entre as dimensões ética e clínica no cuidado, mais uma vez, torna-se patente. Na medida que um dispositivo, para que possa ser verdadeiramente terapêutico, demanda ser feito sob medida para esse Outro, é preciso criar condições para que essa alteridade possa aparecer. Exige verdadeiramente ver e ouvir essa alteridade. É a partir da experiência do outro, da leitura de mundo deste, que se desencadeia um processo de conscientização, de aprender a ler a si, a realidade, a história, conhecendo para depois transformar-se, transformá-la, e reescrevê-la como sujeitos da própria história (FREIRE, 98

1979). Pressupõe a interlocução entre dois sujeitos, e não entre um sujeito e um objeto. E ainda, a criação de espaços e práticas que oportunizem tal interlocução. Fica, então, evidente, também, a indissociabilidade da dimensão política do cuidado: a inclusão social, a necessidade de combater a injustiça de participação (MAGENDZO, 2014) para que o Outro possa se fazer ouvir. Demanda, portanto, uma postura democrática e dialógica em que, enfim, o subalterno pode falar (SPIVAK, 2010).

Tal postura é o oposto do assistencialismo que, no lugar de emancipar, produz pobreza política (DEMO, 2006). Politicamente pobre, para o autor, é “o oprimido que espera sua libertação do opressor, é o ser humano reduzido a objeto e que mendiga direitos” (DEMO, 2005, p. 31). Esta condição somente pode ser combatida sendo sensível às diferenças e superando visões acrílicas estigmatizantes que estereotipam o cidadão como beneficiário. O pobre não está destituído apenas de bens materiais, mas sobretudo de sua cidadania. É coibido não somente de ter, mas de ser. Nesse mesmo sentido, Carbonari (2010) defende a vítima como o ser de dignidade e direitos cuja realização é negada, sendo a vitimização, então, uma relação de reconhecimento de uma alteridade negada. Para não redundar em paternalismo, que reproduz a situação da vitimização, é preciso reconhecer a dignidade dessa presença distinta. A compreensão da problemática do sujeito de direitos reside precisamente na reflexão sobre a inviabilização deste pelos processos de vitimização.

Contra os processos de vitimização, o autor defende uma ética orientada por posições e posturas que considerem as vítimas, uma ética da alteridade. Carbonari (2010) argumenta que é preciso superar a indiferença que caracteriza um tempo em que não há espaço para o outro, para o diferente, em nome da diferenciação. É romper com um tempo cheio do mesmo para passar para uma compreensão plural do ser humano. “Ser é ser diferente, ser diferente é não-ser o mesmo. A mesmice preenche; a alteridade abre(-se)” (CARBONARI, 2010, p. 174). Relações pautadas na dominação e discriminação, isto é, no não reconhecimento, são não-relações, mero ajuntamento. Contudo, somente é possível construir e se construir na abertura. É portanto, na alteridade que reside a construção do ser humano mais humano.

O ser é ser em constante formação, de modo que não é possível determinar de antemão tudo aquilo que o sujeito é e tudo aquilo que demandará. Por isso, a construção dos dispositivos de cuidado não é produto, pronto e acabado. Deve ser processo. É preciso efetuar ajustes e, para isto, manter-se aberto ao Outro. A com-vivência não abre, todavia, a possibilidade de novos modos de ser e estar no mundo apenas aos usuários. Ninguém sai incólume de um verdadeiro encontro. Freire (1979) postula que é pela problematização de situações vividas que os educandos são chamados a refletir sobre sua realidade de forma

crítica, e que o próprio educador também é convidado a refletir a partir do contexto de sua prática. Não se é um profissional em saúde, mas torna-se um, com e a partir do Outro. O profissional faz e refaz sua prática na práxis, com e para o usuário.

Para que o cuidado não se transforme em tutela e nem, tampouco, em indiferença, Figueiredo (2007) defende manter simultaneamente, e de forma equilibrada, uma presença implicada e uma presença reservada. Reservada para que possa “deixar ser “ (RESENDE, 2015) e não incorrer numa normatização ou disciplina que reduza o Outro ao Mesmo. Diz respeito a um silenciar a si mesmo do cuidador “para abrir tempo e espaço para que o outro possa emergir em sua especificidade e potencialidade” (RESENDE, 2015, p. 83). Mas implicado o suficiente para debruçar-se sobre esse Outro de modo a criar os enquadres necessários para construir condições de reconstrução e produção de si, mas não em excesso para não recair na tutela. É a presença que oportuniza envolvimento interpessoal, pois sem este há apenas o material intrapessoal como referência para a mudança (MOSHER & HENDRIX, 2004). É, assim, “criar espaços de produção de si, de ser, de existência sem exigências de adaptação e normalização” (RESENDE, 2015, p. 131).

Ah, é bom demais! Toda sexta feira das nove da manhã às onze, lá na praça do Índio. Quem tiver disposto a ir lá com a gente jogar um futebol, com a rapaziada da rua. Nós temos um timezinho afiado. [é bom porque] Ah, a redução de danos né, em primeiro lugar. Porque das nove às onze são três horas. Duas horas e meia praticamente fora de álcool, fora de cigarro, só correndo, se divertindo. As pessoas da faculdade se interessam também pelo futebol. As vezes vem os times lá dos moleques da faculdade e nós joga com eles. E as vezes nem ia ter essa oportunidade. Porque muitas vezes o cara que tá ali no meio da rua, se passa o estudante, o cara fica com medo. Porque o pavor da – o ruim disso é o preconceito, porque a população pensa que toda pessoa em situação de rua é bandido. E não é. É pessoas que caíram em depressão, por causa de drogas, por causa de muita coisa ruim, familiar, aquela coisa do mundo e o cara tá jogado naquela situação. Mas é igual eu falo, Deus tá ali, tá cuidando pra uma hora ele sair dali, daquela situação. Igual eu estou saindo. Aí você vê, o futebol é uma coisa que inspira uma coisa, que leva uma coisa a outra. É educação física, é saúde, é desintoxicação. Todo mundo decide junto. É uma coisa coletiva. Graças a deus é uma coisa que sempre deu certo (Trecho da entrevista com Carlão, usuário do sistema).

(Com)vivenciar a oficina de futebol me fez perceber os resultados terapêuticos, políticos e sociais que surgem de espaços a princípio não clínicos. O futebol, como atividade que encarna a com-vivência, é multidimensional: insere a espontaneidade na relação de cuidado, a redução de danos no lazer, o lazer na saúde, o diálogo e as relações democráticas no jogar, a saúde no espaço público... “ [...] é uma rede de resistência e criação, aquela na qual as experiências sociais podem se multiplicar, por onde crescem os saberes espontâneos, rede

de produção de novas associações e sociabilidade, de comunidade, de solidariedade, de afirmação diferencial, uma rede de resistência às formas de homogeneização do *socius*, a qual procura criar aberturas para processos heterogenéticos que afirmem novos modos de convívio” (GALLETTI, 2013, p. 163).

Fomos chamando todos. Entreguei a coca, que tinha ficado responsável de levar essa semana, para o Carlão. Esperamos o Marcelo se trocar. Como de costume, saímos em bando. Fui conversando com o Carlão e, aos poucos, o sentimento de desesperança que têm me assolado neste país, neste momento político, quando nos deparamos com nossas limitações na condição de serviço público, foi tornando-se esperança. Carlão começou a me contar que antes era ‘maloqueiro’ que resolvia tudo na porrada e no facão. Agora, contudo, pensa diferente, que é pelo diálogo que se resolve. Disse, contudo, que não se arrepende, pois se não tivesse vivido o que viveu não teria aprendido. Me falou do quanto está contente como facilitador da ONG Ipês e compartilhou comigo seus sonhos e metas, “passar de facilitador pra coordenador e aí pra técnico”. Falou, ainda, como esses espaços ajudam porque trabalham a mente e corpo. Compartilhou, então, seu desejo de escrever um ofício para a SEDEST e para um clube que eles tem usado para as atividades da Ipês para conseguir autorização para realizar atividades no clube, assim como liberação para que um veículo leve e traga os usuários. Ele disse, “já pensou jogar futebol, depois usar a piscina, fazer uma comida... aí a pessoa nem pensa em besteira, nem precisa ficar o dia todo no POP”. Ele contou-me que agora estava ciente de seus direitos e que, por exemplo, até pouco tempo atrás não sabia que podia frequentar o Senado. Comentei que é a impressão que eles querem dar e ele respondeu, “sim, porque aí não tem que ouvir o povo reivindicar o que é seu direito e dever deles”. Perguntei a ele como ele desenvolveu essa consciência e ele respondeu, “informação”. Maranhão defendeu veemente então a importância da divulgação dessas informações, de onde se pode ir para resolver cada demanda, de quais espaços é possível participar.... Mais que nunca percebo que é sim na intersubjetividade que nasce o sujeito de direitos. Mas não uma intersubjetividade que se dá verticalizada, mas horizontalizada, que se dá na vivência democrática. Ver um homem que já foi preso diversas vezes, inclusive por homicídio, e que agora fala da importância da paz. Alguém “que se deixava levar pela vida” e agora escreve sua própria sua história. Ao passar em frente à uma escola seu Luis chamou nossa atenção: havia um mural pintado com uma locomotiva de trem. Em cada compartimento havia duas ou três crianças, a única criança sozinha era negra. Aqueles que muitas vezes julgamos brutos, vivem a violência tão cotidianamente que a reconhecem de longe. Isso tudo antes sequer de chegar à quadra. Chegamos à quadra. A quadra estava repleta de estudantes da uma universidade que existe ali perto. Em um primeiro momento fiquei ansiosa – será que conseguiríamos ter nossa atividade? Como prosseguir? Antes que pudesse me deter nisso, os usuários do CR já foram logo falando, “bora jogar juntos?”, “nós trouxemos uma coca pra vocês”. E assim, a derrubada dos muros começa. A Mariana, assistente social, levou seu violão e começou a tocar algumas músicas. Logo um grupo de estudantes da UDF havia se aglomerado. Fica muito nítida como a diversidade de atividades possibilita mais vias pelas quais criar vínculo, de criar oportunidades terapêuticas e de cidadania. Nosso time jogou duas partidas contra os estudantes do UDF. A divisão poderia ser pelo sapato: o time dos descalços e dos calçados. Mas isso não impediu que nosso time jogasse e se divertisse. Enquanto esperávamos entre uma partida e outra, sentávamos à beira do campo e conversávamos, ríamos. Cada bolada que vinha em minha direção era defendida por alguém, “sabe porque estou aqui? Pra não te deixar levar bolada”, “vamos fazer um muro na frente dela”. É a solidariedade cotidiana que brota da convivência. Conheci Danilo que, mais uma vez, me mostrou que a solidariedade não é propriedade de nenhuma classe social. Contou-me que havia quebrado o pé e que o Coroa, o seu Luis, havia cuidado dele durante esse tempo. Lá pelas tantas começou a ocorrer uma confusão, “com você, eu não jogo mais”, “não é pra jogar sozinho”. Fui pontuando isso da coletividade, de que só é possível jogar, porque jogamos juntos e tentando compreender a origem do conflito. Ademar estava “jogando sozinho”,

“fominha” e os demais estavam chateados. Conversamos sobre isso, discordamos e chegamos a consensos. Logo estavam todos jogando juntos novamente. A convivência é atravessada pelo conflito, pela alteridade, e é oportunidade única de trabalhar isso no real, no concreto e não na teoria. Durante a última partida Carlão, que havia dado uma machucada no músculo, me contou sua história. Dos filhos que tem no Maranhão, de que chegou a voltar para lá mas não queria passar a vida como foragido e voltou para Brasília para pagar o que devia na justiça. Relatou que há pouco tempo foi visitar e num dia teve um desentendimento com a filha mas que, naquela mesma noite, lhe pediu desculpas, pois não havia sido ele quem a havia criado. Conversamos sobre essa mudança interna que o leva a refletir, se por no lugar do outro. Falando disso, ele me disse algo que me tocou: “as coisas estão muito boas na minha vida mas é porque eu dei espaço pra elas”. Ele falou também da importância da Isabela na vida dele e nesse processo, pois ela se doa, é presente, banca as demandas deles. E ainda, disse que ela é como um espelho que reflete para ele o que precisa ver (Trecho do diário de campo de 21/09/2018).

O com-viver é “dar espaço” para novas possibilidades, fazer junto para agenciar novas sociabilidades, novas formas de relação, novos modos de usar a cidade, em suma, novas possibilidades de ser e estar no mundo. O cuidado volta-se para a produção de vida e de sentido. Para que um tal cuidado possa se concretizar Delion (1984) descreve a importância da articulação entre espaço, tempo e relação na possibilidade de construir o diferente. Para fugir da repetição, a alternância de lugar. A possibilidade de sair dos muros que lhe segregam e ir para a cidade. A dimensão temporal, engloba, por sua vez, tanto o fugaz, como ancoragem momentânea, mas, ao mesmo tempo, uma continuidade, uma frequência e constância dos cuidadores que rompe com o a(bando)no e ensina, pela vivência, outras possibilidades de estar com que fogem da subordinação. A relação, na forma que se constitui com o cuidador, caracteriza uma nova forma de sociabilidade capaz de inspirar e se estender para outras relações sociais.

No lugar da adequação dá-se lugar à inquietação. É encontro que multiplica, que agencia singularizações. Que produz a oportunidade de deslocamento dos lugares naturalizados. É intercâmbio que se dá pela relação imaginária, isto é, pela relação com a imagem do Outro que, de algum modo, produz e reflete a própria imagem (LACAN, 1966/1998). É o Outro na função de espelho que constitui o eu. É o discurso do Outro que constitui a subjetividade (LACAN, 1966/1998; FOUCAULT, 1996). É também na relação com o Outro, com o discurso que esse produz, que é construída a relação de exclusão, abandono, interdição que assola a população em situação de rua. Fanon (2008), em suas reflexões sobre o racismo e a dominação psíquica engendrada por este, coloca o racismo como operador psíquico da dualidade entre colono e colonizador, branco e negro que sustenta o colonialismo. Partindo dessa reflexão é a dicotomia entre cidadão e

morador de rua, *zoon politicon* e *homo biológico*, vida digna e vida nua que sustenta o a(bando)no e dominação. Semelhante à reflexão de Freire (1979) acerca da díade opressor-oprimido e da dominação possibilitada por essa construção dicotômica, Fanon defende que é o complexo de autoridade e de inferioridade produzido pela introjeção deste dualismo que perpetua tal organização social. Há todo um sistema de referências na coletividade que mantém essa cisão de maneira que o negro não é enxergado, e quando é, sua imagem é inferiorizada. Para Fanon, reduzido ao biológico da potência sexual, à bestialidade, o negro representa o perigo biológico. O judeu, por sua vez, por seu potencial apropriador, representa o perigo intelectual. A população em situação de rua, penso, representa o perigo moral. É tal objetivação que torna estes seres matáveis. Nessa perspectiva, é sobre tal constituição que, necessariamente, passa pelo outro, que demanda ser endereçada.

Fanon (2010), ao refletir sobre as relações de dominação presentes no processo colonial, aponta como mecanismo de dominação a delimitação do espaço físico a ser ocupado pelo colonizado. Este é restrito e determinado. A existência desse Outro só passa a ser admitida em espaços segregados. A compreensão predominante na rede de saúde de que o Consultório na Rua é o único responsável pelo cuidado à população em situação de rua evidencia precisamente esse mecanismo. Para que o coletivo não funcione apenas como simulacro da realidade social, e o Consultório na Rua como gueto que mascara e perpetua os processos de marginalização e exclusão, é preciso construções coletivas de empoderamento que ultrapassem os serviços e alcancem o espaço social, transformando as relações sociais que sustentam uma organização balizada pela exclusão. Começando pela relação entre usuários e equipe e estendida à comunidade pela ocupação progressiva de espaços que extrapolam os espaços segregados onde a existência da população em situação de rua é tolerada.

Isso. Isso. Primeiro, de ocupação de um espaço público né por essa população. E como a gente percebe, sim, os olhares quando a gente vai entrando na quadra. A galera arregala o olha e olham pra mim e olham pra eles e olham pra mim e olham pra eles, “quem é esse mulher aí? Quem é esse povo aí?”. E aí disso no início e, depois, de virem conversar com a gente pra jogar com a gente. Então, a interação com a comunidade né. Eu acho que isso aí também é um viés super legal do futebol (Trecho da entrevista como uma das psicólogas).

A dimensão política do cuidado requer pensar a inclusão. O Consultório na Rua

como dispositivo pensado para criar condições de vinculação, exige criar condições de acesso, gradientes de abertura. O cuidado pra além dos muros, que ocupa o espaço público transforma o espaço fechado que mantém a exclusão em espaço-tempo abertos em direção ao outro (RESENDE, 2015). É ampliar o território clínico, ensejando a possibilidade de novas relações e sociabilidades. A articulação com o território é um elemento “propulsor de transformações concretas em nível local de mudança social nas instituições e na comunidade” (ROTELLI, LEONARDIS, MAURO, 2001, p. 50). É a criação de espaços em que esse Outro pode se fazer ver para além da máscara do estereótipo que lhe é imputada. Criar condições para o encontro propicia que a singularidade irrompa com a homogeneização que reduz a população em situação de rua à periculosidade, à falta moral, ao fracasso, a ser disciplinável, ou, incorrigível e matável. É na circulação dos enquadramentos, na sua aplicação a diferentes contextos, que surge a possibilidade de certos campos da normatividade que este sustenta serem postos em questão (BUTLER, 2015). O estar com esta alteridade radicalizada e desumanizada, potencialmente pode servir como símbolo desidentificador (GOFFMAN, 1988) que desmascara a essencialização e redução que enquadram o fenômeno da situação de rua de uma tal forma que legitima formas específicas de (não)relação.

O futebol joga com os jogos de poder. Criado “sob medida”, surge do escutar o Outro, de considerar suas necessidades para, ao invés de obrigar a uma adaptação e subordinação, desinstitucionalizar, criar condições para o devir. Como atividade que coloca em prática o com-viver, cria um desenho ético, porque aberto à alteridade; político, porque cria condições de se relacionar de outra forma a cidade; clínico, porque disponibiliza diferentes vias de vinculação e simbolização, porque articula promoção e prevenção em saúde, redução de danos, porque cria possibilidades de subjetivação para além da exclusão e da disciplina. Cria, assim, espaço para sonho.

3.2 OUTRO SIGNIFICANTE PARA A PRÁTICA

Como dito anteriormente, não defendo um desenho específico de cuidado. Qualquer oferta de cuidado, na medida em que se torna a única, institucionaliza o cuidado. Não importa quão potente fosse, não seria capaz de contemplar todas as mais diversas e singulares demandas. Operaria, assim, ainda que através de outros instrumentos, uma disciplina. Levaria indubitavelmente à adequação roubando, dessa forma, o cuidado de toda sua potência clínica, pois que para que possa ser verdadeiramente terapêutica demanda dizer respeito ao sujeito que se pretende cuidar. E isso não é possível se o reduzirmos a objeto de intervenção. A institucionalização caracteriza-se pela sua impermeabilidade ao Outro, ceifando, automaticamente, assim, as dimensões ética e política do cuidado.

O que de fato defendo é a construção de um cuidado mais sensível, simultaneamente, à pluralidade humana e à singularidade. É cuidar para não tornar a diferença desigualdade. Para não atuar no sentido de manter a distribuição desigual de precariedade (BUTLER, 2015) que inclui os disciplinados/náveis e exclui, sob a forma de a(bando)no (AGAMBEN, 2002), todo o resto. Romper com a estrutura de bando e com a biopolítica demanda uma desconstrução dos aparatos institucionais, discursivos, simbólicos, sociais e políticos que o sustentam. E, dentre estes, a institucionalização.

A função social de vincular a população em situação de rua ao sistema de saúde e à rede de proteção mais ampla implica o compromisso de romper com a exclusão histórica a que esta está submetida. Compreende, então, diferentes dimensões, e dentre estas, a própria habilitação da sociedade para o convívio com esta população. O cuidado não se restringe, portanto, exclusivamente a reabilitação, mas numa perspectiva verdadeiramente promotora de saúde e preventiva, remete à transformação do conjunto de instituições e dispositivos que fazem com que se mantenham os processos de exclusão social que afetam sobremaneira o adoecimento e saúde desta população.

Então, é uma luta [a construção das possibilidades para que a população em situação de rua seja atendida na rede já existente]. Eu vejo que quanto mais pra rua agente vai, mais a gente se depara com essa realidade do não acesso. A gente tem experimentado na pele, assim, na medida em que a gente tem conseguido, em muitos casos, ir junto com esses pacientes, que demandam, como a gente teve a experiência do Marcelo na semana passada, onde a gente precisou movimentar toda essa rede de saúde emprestando a visibilidade através do nosso serviço, porque ele por si só, apesar de toda a condição altamente complexa e grave que ele vivia, isso não era o suficiente pra ele ser atendido. Então, pra além da condição evidente que ele apresentava, e de necessidades de alta complexidade, de hospital, precisava que não só estivesse por escrito um relatório, mas a gente como servidor, como agente de saúde explicando mil vezes a necessidade desse paciente ser atendido né. Então assim, eu, particularmente, por um lado, me trouxe muita satisfação e gratificação por estar lá,

entendendo que aquele é meu trabalho, sim. Mas, por um lado, dói. Dói ver, saber, ter a certeza que se a gente não tivesse lá, ele jamais seria atendido. Ficou evidente isso. Então, por um lado, faz a gente reconhecer, “caramba, como é importante o que a gente está fazendo” e entender o nosso papel, que a gente não pode se furtar (Trecho da entrevista com uma das psicólogas).

Uma das muitas potencialidades do com-viver refere-se à sua qualidade de analisador produzido na vivência com o Outro, que permite refletir sobre o que se está fazendo e as consequências disto para o sujeito. Torna possível cuidar sob a medida da necessidade e desejo do Outro. Estar com permite mais que compreender, permite (com)vivenciar a própria exclusão. “A gente tem experimentado na pele, assim, na medida em que a gente tem conseguido, em muitos casos, ir junto com esses pacientes, [essa exclusão]”. Com-viver rompe com a indiferença, expressão da própria desumanização, para, a partir do estar com, agenciar processos de subjetivação emancipatórios. E ainda, possibilita, por esse processo dialético entre o com-viver e o refletir, diminuir a lacuna entre aquilo que se pretende promover e as consequências da própria prática (RESENDE, 2015), diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz de modo que a própria fala seja a prática (FREIRE, 1979).

Na sua metapsicologia do cuidado, Figueiredo (2007) aponta três modalidades de presença implicada que correspondem, cada uma, a uma figura intersubjetiva. A primeira, a intersubjetividade transubjetiva, refere-se à modalidade de continência, isto é, prover as condições para a transformação. Resende (2015) resgata Winnicott (1975) para caracterizar essa modalidade como àquela cuja função está ligada à capacidade de sonhar. Diz respeito a conter para transformar as angústias e afetos. Nessa mesma perspectiva, Cronberg (1997) destaca a função, também a partir de Winnicott e de seu conceito de objeto transicional, como um “empréstimo” do psiquismo para ser usado pelo paciente que, ao usá-lo, aprende a usar-se. Cronberg tece tal reflexão a partir do campo da saúde mental e, mais especificamente, do acompanhamento terapêutico. É pertinente na medida em que muitos dos usuários, por uma desorganização psíquica de base ou fruto das próprias condições da rua, sofrem com transtornos mentais. O que, por sua vez, pela dupla objetivação (como louco para além da situação de rua), aumenta ainda mais as barreiras de acesso já existentes. A partir de Cronberg, mas além deste, defendo como função desta figura da intersubjetividade o “empréstimo” da própria condição de prestígio social e institucional para abrir caminho onde antes só havia barreira. Para realizar a função de sonhar outros modos possíveis que não balizados pela tanato e biopolítica.

É nesse sentido que o estar-com determinados usuários, a depender da necessidade de cada um, na luta pela garantia do acesso e do direito negado, é, em certa medida, um

emprestar da autoridade e prestígio de ser domiciliado, de ser funcionário do Estado, para a construção de outras possibilidades. Cria condições de possibilidade para que esta alteridade, que não se vê porque se exclui, possa aparecer. Para que sua demanda possa ser dita, ainda que por outras bocas. Na medida em que cria condições para que o Outro e seu sofrimento se façam presentes, oportuniza a criação de uma sensibilidade, uma responsabilização, perante o sofrimento do Outro. É, também, emprestar o psiquismo – psiquismo não massacrado pela miríade de não e barreiras de acesso – para dar continência à dor e sofrimento daquele que, para ter seus direitos garantidos, precisa suportar e lutar contra não atrás de não.

A segunda modalidade de presença implicada, a intersubjetividade interpessoal, diz respeito à função de reconhecer, ao Outro e a si, a partir do Outro em um movimento especular. É a dimensão da produção de subjetividades outras pela relação intersubjetiva. Para que tal produção se dê de maneira emancipatória, é preciso antes prestar atenção e reconhecer o ser cuidado no que ele tem de singular para, só então, dar testemunho disso e, se possível, levar de volta ao sujeito sua própria imagem (FIGUEIREDO, 2007). É pela mediatização do mundo que os seres se educam mutuamente. É pela leitura de si e da realidade que é possível desenvolver a criticidade que abre portas para novos caminhos e possibilidades (FREIRE, 1979). Esta modalidade diz respeito, também, a uma aposta, numa antecipação contrafática, em tudo que pode vir a ser. E, ainda, o engajar-se para que possa ser. É o próprio reconhecimento antecipado, da condição de cidadão, por exemplo, que é capaz de instituir aquilo mesmo que existe ainda apenas em forma de potência (FIGUEIREDO, 2011). É pela aposta que antecipa contrafaticamente a condição de sujeitos de direitos, que reconhece aquela não como vida matável, mas vida digna, que se combate os mecanismos que mantêm essa população no âmbito da exceção (AGAMBEN, 2002). É esta aposta que orienta a derrubada em conjunto das barreiras que não se é capaz de derrubar sozinho e que amplia as possibilidades de estabelecer novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

A terceira e última modalidade, a traumática, constitui-se a partir de um trauma constitutivo e estruturante que tem como função marcar a diferença, fazer aparecer a alteridade e, então, a partir desta, interpelar. Oury (1989) destaca a importância, para o cuidado, do “colocar-se na mesma paisagem” pelo deslocamento que opera. “Não é mais o visível, mas o sentir. Participamos” (OURY, 1989, p. 05). Com-viver na mesma paisagem permite, de algum modo, partilhar de situações que fogem do cotidiano existencial, interpelando, e impingindo uma responsabilização pelo sofrimento do outro que orienta a prática. Implica também interpelar o sujeito para a produção de sentidos, de sociabilidades, enfim, de vida.

Das três figuras intersubjetivas expostas Figueirido (2011) sintetiza três modalidades de cuidado: acolher, reconhecer e interpelar. O autor aponta que não há precedência temporal nem lógica dentre esta pluralidade de funções, mas que estas devem agir em equilíbrio para que o cuidado possa fazer sentido para o sujeito. “A implicação encontra medida na reserva, no deixar ser, em que o cuidador abre mão da onipotência do saber (conhecimento) e do fazer (técnica)” (FIGUEIREDO, 2011, p. 21). Para o autor, tais funções, primordiais para o cuidado, estão intimamente relacionados ao cuidado que se opera na convivência.

Estávamos [eu, uma das psicólogas e a assistente social] na sala quando a assistente social do POP veio conversar conosco. Ela perguntou se já havíamos conhecido o Júlio ao que respondemos que sim. Ela explicou que ele não possui nenhum documento e, por isso, não tem acesso a nenhum benefício. Ela tentou fazer com que ele assinasse um pedido de documentação, contudo, ele se recusava e quando, finalmente, assinou apenas assinou ROUTE. Lembro que essa palavra tem um significado potente para ele, pois quando havia conversado com ele anteriormente ele a havia usado e a escrito num papel para mim. Ela pediu que tentássemos fazer com que ele assinasse o papel com seu nome. Logo depois Júlio veio conversar com a gente. Sua fala pareceu-me, em alguns momentos mais organizada apenas para, depois, se tornar desorganizada. Maurício relatou, assim como o havia feito para mim anteriormente, que ele havia sido preso devido a tráfico de drogas mas que enquanto estava preso tinham-no acusado de homicídio com agravante. Porém ele foi solto ‘com alvará’ e só depois descobriu o mal-entendido que ocorreu com seu nome. Ele falou isso diversas vezes, cada vez contando de uma forma diferente como foi que ele descobriu essa pendência em seu nome. Ele relatou, então, que seu nome não foi reconhecido aqui, no Brasil do Mercosul, mas foi reconhecido no exterior e que ele recebeu a palavra ROUTE, que significa dinheiro, e que ele tem que colocar a palavra no correio e filmar para receber dinheiro. Tentamos fazer pontuações, porém a lógica do discurso lhe era avessa. A Isabela e Mariana começaram, então, a entrar em sua lógica. Disse que seu nome havia sido reconhecido no exterior, porém não no Brasil e por isso ele precisava assinar esse papel com seu nome antigo, e não com ROUTE, para que ele pudesse ter os documentos e benefícios. Em alguns momentos sua fala era desorganizada, porém em outras era atravessada por uma lucidez, como no momento em que relatou que sabia que a assistente social havia trazido um papel para nós porque ele precisava de documentos. Conseguimos fazer com que ele assinasse. Mais uma conquista. Acho que o que ficou de aprendizado é reconsiderar as conquistas. Não estabelecer *a priori* o que é um caso de sucesso, para não correr o risco de ficar indiferente àquilo que não é capaz de atingir tal ideal. Para não ser violento com quem já está sem sofrimento. É não tentar estabelecer de antemão o resultado desejado a ser conquistado. Diz respeito à lógica do outro, ao desejo e demanda do outro, ao tempo do outro, as vias de interlocução possíveis com este outro. E é com esse outro - marginalizado, excluído, que a sociedade tenta ignorar e cuja lógica difere da nossa - que precisamos aprender (Trecho do diário de campo de 19/09/2018).

Com-viver diz respeito a uma maneira de estar não alienada e não alienante (RESENDE, 2015). Lobosque (2003) postula que “quando o dilaceramento psíquico atinge em cheio o sujeito, um certo modo de acompanhamento, de presença” (p. 20) se faz necessário. Diz respeito a um cuidar sem tutelar. A uma sensibilidade às necessidades singulares de cada um, acolhendo o Outro em sua alteridade irreduzível. Reside aí a

importância de produzir dispositivos que possibilitam passar, por meio de mediações e experimentações, de uma situação de abandono para uma de resolutividade. O que, nesse caso, demandou passar de uma situação de incomunicabilidade para uma de comunicabilidade. O que caracterizará a passagem do abandono para o acolhimento será sempre e necessariamente singular, porque para produzir efeitos terapêuticos, produzir incidência no cotidiano, é preciso uma prática artesanal. Para construir um “dispositivo sob medida” para o sujeito, é preciso que o Outro seja significativa da prática.

Lobosque (2001) argumenta que o convívio é um dos instrumentos possíveis para ofertar suporte a uma desordem que não se deve organizar à força. Contra os rígidos dispositivos disciplinares que exigem adequar-se à eles sob a ameaça de exclusão e a(bando)no, a criatividade. Para entrar no mundo particular, contudo, é preciso com-viver, participar. O delírio é (re)construção de sentido para quem a realidade é implacável, intragável. O delírio não responde à forma instituída de pensar. O racional. Não faz sentido então, que uma forma instituinte, nova e criativa de pensar demande um intervir do mesmo modo? Por que não delirarmos juntos novas realidades e possibilidades? Foi somente tirando a roupagem do saber e linguajar técnico, construído *a priori* e dissonante da singularidade, que foi possível o encontro, que teve o outro como referência e o respeitou em sua singularidade. Isso é a clínica artesanal construída na medida do Outro (RESENDE, 2015).

O primeiro fracasso serviu de analisador que permitiu analisar o próprio fazer e possibilitou (re)fazer. O insistir, apostar de novo, ancorou-se na assimetria que não impõe condições para o cuidado. Teve como inspiração a ética da alteridade e da solidariedade. Teve como objetivo garantir universalidade e integralidade do cuidado. Foi político, pois acolheu o outro em toda sua alteridade, sem atrelar o cuidado à condição de que deixasse de ser Outro para ser Mesmo (LANCETTI, 2011). Foi clínico, pois debruçou-se sobre o paciente – de acordo com a definição do verbo *klinio*, raiz etimológica de clínica –, ainda que não fisicamente, mas um debruço sobre sua subjetividade. O “estar com” pôde produzir Encontro, pois as dimensões ética, política e clínicas se entrelaçaram (RESENDE, 2015). A prática não se restringiu ao ideal, estático e limitado, mas teve como horizonte o possível, o criativo e o instituinte, e pôde, assim, produzir devir.

Uma tal prática exige, primeiramente, uma disponibilidade afetiva para construir vias de interlocução. E, ainda, a articulação entre a horizontalidade dialógica e a assimetria. O diálogo implica a interlocução entre dois sujeitos, de maneira que demanda o reconhecimento do outro em sua alteridade, em suas vivências e saberes. O saber do outro, sua cultura, nessa perspectiva, não são melhores e nem piores, apenas diferentes (FREIRE, 1979; 1987). Partir

deste pressuposto rompe com as práticas disciplinadoras e/ou bancárias que desumanizam e desrespeitam o Outro em sua condição humana, em seus saberes e experiências. Para que seja efetivo, é preciso partir da experiência do Outro, da leitura de mundo deste, de tal sorte que o cuidado não seja algo construído *a priori*, mas processo que nasce do universo particular do Outro e do qual passa a fazer parte. A não hierarquização dos saberes reorganiza as relações de poder, antes estabelecidas de acordo com quem detinha “o” saber, flexibilizando e horizontalizando-as. Não é, todavia, uma relação de absoluta simetria. É a assimetria voltada para preservar o sujeito de quem se cuida, para que não haja exigências para o cuidado. Ele pode nos odiar, pode dizer coisas que não compreendemos, mas nada disso poderá fazer com que deixe de ser cuidado (RESENDE, 2015). Em suma, refere-se ao equilíbrio tênue entre igualdade e diferença para que a diferença não se transforme em desigualdade.

O cuidado não se dá, contudo, perante apenas um Outro. A precariedade inerente ao ser humano implica que a vida requer diversas condições para ser mantida, inscrevendo, assim, a própria possibilidade de cuidado, nas relações com os outros, nas normas e organizações sociais e políticas que se desenvolvem de modo a maximizar a precariedade para alguns e minimizá-la para outros (BUTLER, 2015). Disso se depreende que a vida está sempre, de algum modo, nas mãos do outro. Para além do Outro de quem se cuida, também é preciso criar condição de interlocução com o outro em cujas mãos está a vida da população em situação de rua. É esta a dimensão política do cuidado: derrubar as barreiras que criam as zonas de exceção na qual estas vidas são a(bando)nadas. A com-vivência tem a potencialidade de configurar-se como uma linha de força no enfrentamento aos processos de exclusão. Mas ser ‘ponte’ que liga, demanda, antes, derrubar as barreiras. Ou, ao menos, contorná-las. Demanda mobilizar o outro que exclui e habilitá-lo para o com-viver.

Então, a gente tem feito a experiência com as equipes de abordagem e a gente teve a oportunidade de ir no Paranoá. Cara, tem uma galera, um grupo de dez pessoas, com questões graves, graves mesmo, em função do alcoolismo, principalmente, do lado da UPA. E não são atendidos. E aí não atende. Eles já fizeram, muitos já fizeram, esse movimento de tentar ser atendido. O que eu acho, assim, cara, muito incrível se munir de alguma força ali e ir atrás de alguma coisa nesse sentido do autocuidado pra receber um não. Gente, é muito barra pesada, entendeu? E aí o cara faz uso disso pra nunca mais ele ir. Ele não vai lá se sujeitar a isso, não. E aí a gente esteve lá e já vislumbrou alguma... A gente foi na UBS, “ah, é? Peraí, vamos lá”. Nós estamos do lado da UBS, não é possível um negócio desses. E aí numa que a gente ficava do lado – que são as coisas bizarras de Brasília – atravessava uma rua e aí tinha uma UBS aqui, e a galera aqui, só que o território que eles estão não é dessa UBS, apesar de ela estar do lado da rua, não é não, é da 78, da tal da outra quadra que era pra cá. Também próximo, mas não do lado. E aí fomos nessa UBS. E aí plantamos uma sementinha lá. Sensibilizamos de alguma forma. Não vou dizer que instrumentalizamos, de fato, porque eles não vieram conosco, os pacientes, mas a gente falou do Seu Olegário, falou do Seu Mário, falamos de todo mundo. Falamos de onde eles estavam. “Ah, a gente conhece, sim. A gente já fez até uma ação de dar

banho neles”. Então, “além do banho, vocês são uma unidade de saúde e esse pessoal, o Seu Olegário, ele não está andando por falta de vitamina D, ele precisa de atendimento”. “Ah, então nós vamos ver” e não sei o quê. A gente plantou uma semente ali. E estávamos junto com a coordenadora da equipe de abordagem, que se apresentaram pra enfermeira, “Patrícia é coordenadora da equipe e vai trazer o Seu Olegário, que dia?”. “Ah, tem que ver...”. “Que dia?”. Fomos pro concreto ali, dentro das possibilidades, que não eram as ideais. Primeiro, que não tem que ter agendamento, gente. Mas como só tinha médico na unidade dois dias na semana, então é melhor o dia que tem o médico, então bora agendar. E aí se agendou o atendimento. Então a gente começou a abrir essas portas na medida em que a gente está fazendo essas abordagens. Dividimos a equipe. Coisa que também tem sido uma construção internamente na equipe. Então, “gente, vocês ficam aqui e eu vou lá”. “Vamos a pé lá na UBS”. Então isso aí é algo que não tá pronto, a gente está se vendo nessas situações, “e aí, vai todo mundo? Quem que fica? Quem que vai? Como é que é?”. Então isso tudo também tem sido uma construção (Trecho da entrevista com a psicóloga).

Fazer de algum modo a alteridade presente permite criar um estranhamento que irrompe com a fantasia do instituído e aponta a necessidade de práticas instituintes capazes de tornar efetiva a universalidade do SUS. A construção coletiva de autonomia e o empoderamento dos usuários ultrapassa os muros do serviço e alcança o espaço e transforma as relações. Lobosque (1997) descreve a desinstitucionalização como um “movimento em prol da construção da cidadania” em que se busca “fazer circular no tecido social as indagações e os impasses suscitados pelo convívio” (LOBOSQUE, 1997, p. 21). A convivência é, ao mesmo tempo, o objetivo e o meio. Afinal, só se aprende a conviver, e só se pode ensinar, convivendo. Só se pode fazer suscitar as indagações que surgem da própria com-vivência com-vivendo. “Ensinar e aprender são, assim, momentos de um processo maior – o de conhecer, que implica reconhecer” (FREIRE, 2003, p. 47). E reconhecer só é possível pela novidade que o Outro ensaja.

Com-viver é prática que resgata a intersubjetividade como potencialidade para a criação de novas subjetividades, novas organizações institucionais e sociais. De acordo com a metapsicologia de cuidado de Figueiredo (2007), é, fazer-se espelho que reflita a própria prática, seus limites e potencialidades, para o outro. E, simultaneamente, ousar enxergar na face do outro a própria incompletude, a própria insuficiência. Somente mediante tal reconhecimento é possível construir um cuidado que não crie guetos e que não seja alienante (RESENDE, 2015). É fazer, ainda que indiretamente, presente a população em situação de rua, e seu direito ao cuidado. É criar condições para uma intersubjetividade traumática, pelo fazer ver esse outro a(bando)nado, e de cujo a(bando)no participam, criando, assim, condições para a constituição e estruturação de outras práticas, mais inclusivas. É criar enquadre para a reconstrução. É, também, na modalidade da intersubjetividade transubjetiva, dar continência

aos medos (ainda que imaginários), às inseguranças, aos limites, para então ressignificar estas angústias e afetos. Para além de sensibilizar, é preciso

[...] Acima de tudo instrumentalizar as equipes para atenderem essa população. Esta será uma batalha e tanto, visto que há UBS, como a do Lago Sul, que explicitamente se colocam como indisponíveis para atender nossa população. Será necessário munir-nos não apenas da legislação que nos respalda, mas também construir laços e possibilidades (Trecho do diário de campo de 12/11/2018).

É, pelo envolvimento interpessoal, que se torna possível “emprestar” material interpessoal como guia para a mudança, pois como diz Carbonari (2010) enquanto a mesmice fecha, a alteridade abre. É, pela convivência, oportunizar a reflexão do que se faz e as consequências do que se faz para esse sujeito negado de seus direitos. É fazer presente essa realidade, para, mediatizados por ela, em comunhão, desenvolver práxis (FREIRE, 1979). Mas antes de tudo, é apostar contrafaticamente na possibilidade do sonho de um cuidado integral e inclusivo, no potencial do outro de, perante o sofrimento de outrem, responsabilizar-se, pois que ser indiferente é ser conivente.

Esse esforço de articulação entre o Consultório na Rua e recursos extra-Consultório na Rua, em direção à cidade, possibilita a construção de formas de incluir que não pela via da exclusão ou da disciplina. Pela atuação no espaço intermediário entre a instituição e o acesso à cidade, oportuniza ampliar o território clínico, e as redes de pertencimento, para além do Consultório na Rua. Somente assim a atuação incide sobre os processos sociais de exclusão que interferem sobremaneira nos processos de adoecimento. A fragilidade dos vínculos afetivo-relacionais, assim como o acesso desigual à proteção pública, são aspectos constitutivos da desfiliação e vulnerabilidade (CASTEL, 2004) que caracterizam a população em situação de rua e suas demandas de saúde, de maneira que promover saúde é, necessariamente, atuar sobre esta conjuntura. “O fato de não acessarem a saúde, por exemplo, o acesso mínimo, básico à saúde, faz com que essas pessoas sejam acometidas por problemas, condições de saúde que se agravam com o tempo e, por não acessarem, essas pessoas já chegam com condições avançadas, com complicações avançadas e, muitas vezes, sequeladas definitivamente” (trecho da entrevista com o médico). É, também, nessa perspectiva de criar condições de com-vivência que a construção do sujeito de direitos, como sujeito socialmente e relacionalmente construído, torna-se sonho possível.

Mas é preciso cuidado para não recair, na função de “porta vozes” das demandas da população em situação de rua, no “problema de falar pelos outros” (ALCOFF, 1996). Falar pelos outros torna-se necessário perante o fato de que diferentes locais de fala não contam

com o mesmo prestígio discursivo e epistêmico, de maneira que as pessoas não são politicamente equivalentes. Omitir-se seria eximir-se da responsabilidade de falar contra a opressão e desconstruir os discursos hegemônicos que sustentam a exclusão dos espaços de interlocução e, conseqüentemente, das disputas narrativas/de poder. Deixar de dizer para que o outro possa dizer por si, infelizmente, não aumenta automaticamente a receptividade da escuta. Para que não se constitua como uma conversa “nossa”, “conosco” sobre “eles”, em que o “eles” é silenciado, e que é admitido entre o “nós” apenas quando acompanhado e introduzido por esse “nós” (MING-GA, 1989), que perpetua, em alguma medida, as relações coloniais e objetificantes, é preciso que o “falar sobre” volte-se para a criação de condições de “falar com”. No lugar da representação, criar condições, a partir do próprio privilégio epistêmico, para a apresentação. Abrir mão da posição de “experts” da vida dos outros, para, ao contrário, utilizar do próprio privilégio epistêmico – que desde sempre deveria ser direito de todos - para lutar pelos direitos, em comunhão com aqueles pelos quais se luta, porque lutar no lugar de ao invés de com é recair em colonialismo. É, indo de acordo com a perspectiva de Herrera Flores referente à luta pelos direitos humanos, instituir “processos institucionais e sociais que possibilitam a abertura e a consolidação de espaços de luta pela dignidade” (FLORES, 2009, p. 13).

Para que o Consultório na Rua possa ver refletida sua incompletude e insuficiência, que interpelam para uma atuação pautada pela promoção da autonomia, no sentido de criar dependências menos dependentes, pois que todo ser é precário e, portanto, inerentemente dependente, é preciso com-viver. Diz respeito, portanto, a reverter a dependência excessiva de poucas coisas de modo que se possa alargar a rede de cuidados da qual dependem (KINOSHITA, 2001). É preciso permitir-se ver na face do outro, em um movimento especular, a própria prática. “Eu vejo que quanto mais para a rua a gente vai, mais a gente se depara com essa realidade do não acesso” (trecho da entrevista com uma das psicólogas). É a presença do Outro, na alteridade que faz presente sua vivência radicalmente distinta da experiência do uno, que oportuniza um descentramento da própria experiência.

E aí [possibilidade de estar com outras equipes de Consultório na Rua] isso tem enriquecido muitíssimo, porque é a nível nacional, então a gente tem trocado diretamente experiências com equipes de outros estados né. Então assim, especialmente a equipe de Cuiabá, do Mato Grosso, caramba, eles têm outro nível de município. Então eles funcionam com o carro lá, o tempo inteiro na rua. Uma ambulância adaptada também. E cara, é lindo de ver o que esse povo faz. Tudo, tudo na rua. Eles conseguem vacinar. Porque a assistente social lá já foi gestora e ela vai e a mulher é porreta, cara. É de tirar o chapéu o que essa moça faz a nível de gestão. Ela vai lá no município e fala, “tem que ter as vacinas. Eu quero tanto, nós estamos com x de população”. E ela falou que eles rodam o tempo inteiro, então eles têm um levantamento real da população. “Tem fulano aqui, tem esse fulano...Tem

esse aqui que eu preciso da bolsa de colostomia”. E vai direto no gestor lá, no prefeito, sei lá, e manda o cara fazer e ele faz. Sinistro. A gente aprende muito. E eles conseguem trabalhar no terceiro turno. Duas vezes na semana eles trabalham à noite, que é meu sonho também isso, que um dia a gente possa também fazer essa abordagem à noite. É previsto. Tudo que eles conseguem lá no Mato Grosso é em cima do que é previsto, entendeu? Eles conseguem fazer 30 horas e ainda fazem o adicional noturno. É muito bacana a experiência deles. E tem o pessoal do interior de Minas, muito interessante também a experiência. Mas assim, muito diferente, porque assim, é lá em Itabira, por exemplo, Itabira tem trinta pessoas em situação de rua. É o Seu Fulano, o Cicrano... São trinta. São só trinta, mas mesmo assim tem todas essas mesmas dificuldades, preconceito, discriminação. Vivenciam a mesma coisa, mas assim... é muito rico. E tem o pessoal de Patos de Minas que está na iminência de abrir um Consultório na Rua, que não tem, que, na realidade, o CAPS AD tá recebendo toda a demanda e aí o CAPS AD, porque tem uma menina do CAPS AD que tá fazendo o curso e que tá, a partir dela, a gente tá instrumentalizando pra ela conseguir a nível local. No último encontro presencial ela já deu notícia de que tinha conseguido uma reunião no Conselho de sei lá o que, e já estão pensando a constituição de uma equipe de Consultório. Cara, muito, muito massa. Então eu considero que esse caso, esse acesso a esse curso, a essa capacitação da gente têm sido um instrumento de construção, de qualificar e de rever os nossos processos de trabalho de forma bem efetiva (Trecho da entrevista com uma das psicólogas).

A organização de espaços que rompem com a individualização institucionalizada oportuniza que a consciência de injúria e injustiça individuais possam ser articuladas em um marco social capaz de informar a ação política (SABOTTKA, 2015). O compartilhamento de experiências cotidianas produz um campo horizontal, simultaneamente de identificação e de diferenciação, que permite refletir criticamente acerca de si e, também, pela multiplicação de experiências e vivências, criar um campo de possibilidades até então inimagináveis. A convivência, tanto na formação (que é, pela própria perspectiva ontológica do ser em constante formação, contínua) quanto na atuação, surge como possibilidade de uma prática mais crítica e de uma forma de cuidar mais emancipatória pelo reconhecimento dos conflitos e desigualdades (RESENDE, 2015). A confrontação entre ‘a maneira que se faz’ com outras muitas maneiras possíveis viabiliza o questionar-se acerca do próprio fazer. Permite refletir sobre discursos e práticas que se pretendem inclusivos e emancipatórios, mas que resultam violentos e violadores. É o denunciar da própria prática, possibilitado pela encontro com o outro, que possibilita, por sua vez, o anúncio da práxis. Sonhar e construir práticas coerentes com tal sonho não é possível, entretanto, desde uma transmissão ou imposição. Ao contrário, estes nascem de algo em comum que surge a partir do encontro, da troca e do diálogo.

Para David Bohm (2005) dialogar é produzir algo junto (2005). Ele descreve: quando alguém fala algo, o interlocutor, na maior parte das vezes, responde com um significado similar, porém não idêntico de tal modo que quando a segunda pessoa responde, a primeira percebe uma diferença para com aquilo dito por ela e aquilo entendido. A partir de tal

diferença é possível perceber algo novo, algo que conecta seu ponto de vista ao do interlocutor. O processo se desenvolve nesse vai e vem trazendo continuamente à tona novos conteúdos comuns a ambos os participantes. O verdadeiro diálogo caracteriza-se, então, não por tentar tornar comum certas ideias ou informações por ela já sabidos, mas, ao contrário, pela criação de algo novo em comum.

Afasta-se da realidade espoliadora, disciplinante e excludente para aproximar-se da utopia. Da polis não mais dividida entre *homo biologicus* e *zoon politikon* (AGAMBEN, 2002), entre normal e anormal (FOUCAULT, 1996), mas unida pela diferença não tornada desigualdade e pela igualdade não tornada colonialidade. Unida, então, pela condição igual de sujeitos de direitos, de todos os diferentes. Nesta relação dialógica parte-se dos educandos/sujeitos, de seus conhecimentos e vivências para a construção do novo. Assim, é partir do “pensar dos homens referido à realidade, é investigar seu atuar sobre a realidade, que é a sua práxis” (FREIRE, 1987, p. 98) que permite a construção do novo. A relação dialógica é libertadora porque é conscientizadora. Isto é, porque oportuniza a inserção crítica na história em que o ser humano assume a posição de sujeito de modo a poder transformar o mundo (FREIRE, 2006b). A conscientização refere-se, portanto, ao exercício consciente da ação que requer, por sua vez, a reflexão do próprio ato de existir:

Implica, pois, que ultrapassemos a esfera espontânea da apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica procurando conhecer [...] e tomar posse da realidade, por esta razão, e por causa da radicação utópica que a informa, é um afastamento da realidade (FREIRE, 2006b, p. 30).

É exercício do questionar e questionar-se, de não subordinação à realidade dada, de modo a engendrar um processo perpétuo de negação das condições que oprimem e espoliam e de afirmação da reinvenção. É mergulhar nas contradições, ao invés de tentar eliminá-las (RESENDE, 2015) para, animado por elas, sonhar. Para que a prática possa transmutar em práxis, que articula ação e reflexão pela mudança em prol de fazer do sonho realidade, é preciso deixar-se interpelar pelo Outro. Exige, então, com-vivência.

PARTE III – O INÉDITO-VIÁVEL

Se eu não estou no mundo apenas para me adaptar a ele, mas para transformá-lo, e se não é possível mudar o mundo sem um sonho ou visão para isso, eu tenho que fazer uso de todas as possibilidades que eu tenho, não só para falar sobre a minha utopia, mas também participar em práticas consistentes com ela.

Paulo Freire

Freire (1992) compreende que a realidade não é, mas está sendo e, portanto, pode ser transformada. Tal entendimento da realidade relaciona-se à compreensão da história como possibilidade, de uma perspectiva utópica que se opõe ao fatalismo. Opõe-se à compreensão das situações-limite como determinantes históricos perante os quais não resta alternativa que não adaptar-se. Os sonhos são compreendidos não mais como impossíveis, mas como possíveis e necessários. E é na luta pela materialização dos sonhos que se constrói a criticidade, evidentemente ligada à utopia, constituída pela dialética da denúncia e anúncio. Sonhar implica, assim, um duplo compromisso: de denunciar as situações limites e de anunciar possibilidades ineditamente-viáveis (FREITAS, 2005). É nesta tensão entre denúncia e anúncio que é gestada a luta pelas condições necessárias para a realização dos sonhos. Nesse sentido, o inédito-viável é aquilo que refere-se ao sonho, àquilo que ele sabe que existe, ainda que apenas potencialmente, ainda que inédito, mas que é possível, viável pela práxis (ALVES, 2016).

É pela (com)vivência da radicalidade do sonho que se constitui uma atitude caracterizada não só pela crença de que as situações-limites podem ser modificadas, mas que esta mudança se constrói em conjunto e cotidianamente no exercício crítico de desvelar as condições sociais que condicionam a opressão e violação que sonha-se combater. O sonhar em comunhão constitui uma atitude de formação “produto-produtora do inédito-viável, pois quando os seres conscientes querem, refletem e agem para derrubar as situações-limite [...] o inédito-viável não é mais ele mesmo, mas a concretização dele no que ele tinha antes de inviável” (FREIRE, 1992, p. 207). Não basta, portanto, querer. É preciso refletir e agir – não *para* agir, pois a consciência crítica desenvolve-se precisamente no agir, no ato crítico e criativo que assume sua responsabilidade histórica. É consciência que não apenas predispõe à mudança, mas que age em relação às situações-limites. Não apenas acredita na transformação,

mas participa dela. O entrelaçamento entre querer, refletir e agir é que transmuta a prática em práxis capaz de materializar a utopia sonhada.

CAPÍTULO 4 – A COM-VIVÊNCIA COMO PRÁXIS PARA DIREITOS HUMANOS E EM DIREITOS HUMANOS

Esta pesquisa nasce como sonho que se sonha junto. Junto com a população em situação de rua, junto com a equipe que luta para lhes retirar da condição de a(bando)nados pela oferta de cuidado. Sonho de romper com a exclusão e inclusão marginal, com a distribuição desigual da precariedade, com as violências e violações perpetradas contra a população em situação de rua. Sonho de ajudar a transformar as vidas, que vivenciam a exceção como regra, em sujeitos de direitos. Sonho de criar, promover e participar de práticas emancipatórias capazes de criar condições para a utopia da emancipação. A pesquisa orientou-se precisamente pela tentativa de articular o querer, o refletir e o agir (FREIRE, 1992). O agir, por sua vez, para que fosse coerente com a utopia sonhada, demandou um segundo entrelaçamento. Na assunção de uma inserção no campo sob o signo de pesquisadora-colaboradora, de partícipe do cotidiano institucional e da tentativa de cuidar sem perpetuar as opressões e violências contra a qual se sonha e luta, busquei manter indissociadas as dimensões éticas, políticas e clínicas do cuidado (FIGUEIREDO, 2007).

Parti da compreensão do Consultório na Rua como dispositivo, isto é, como formação que articula elementos heterogêneos, tais quais: discursos, instituições, leis, proposições morais, organizações arquitetônicas, medidas administrativas, em jogos de saber-poder-subjetivação (FOUCAULT, 2009). Enquanto tal, os modos de subjetivação engendrados dependem da forma como os elementos heterogêneos que os constituem articulam-se, na configuração dos jogos de relações com posições e funções diferentes que criam um encadeamento, destinado a qualificar ou transformar o estado de coisas, em cujo interior as práticas são organizadas. O dispositivo caracteriza-se por ter uma gênese específica, ou seja, é uma formação que tem como função responder a uma questão em determinado momento histórico. Predomina, nesse primeiro momento, o objetivo estratégico para o qual foi criado. Uma vez constituído, contudo, torna-se passível de ser reproduzido, de se auto reproduzir em diferentes momentos e circunstâncias. Todavia, o processo mesmo de reprodução torna viável a transformação pela possibilidade de rearticulação e reajustamento dos elementos

heterogêneos mediante o preenchimento estratégico (FOUCAULT, 1982a). O dispositivo comporta, portanto, tanto forças instituídas como instituintes em seu bojo.

O Consultório na Rua, política pública de saúde, é um dispositivo clínico. O nascimento da Clínica coincide com a instauração da ordem econômica capitalista, bem como com o período de ascensão da ciência, que passa a se impor como produtora de verdades. Nesse contexto, a Clínica representa o desenvolvimento de uma racionalidade anatomo-clínica que ensejou a consolidação do saber médico na modernidade (FOUCAULT, 1977). A legitimação do saber clínico acerca da natureza humana impõe um estado ideal acerca de como ser e estar no mundo. Uma vez que se desvia desse estado idealizado presumido “natural”, se é sujeitado ao olhar clínico da medicalização que visa (re)conduzir a uma “normalidade”. É o saber sobre esse corpo e as práticas exercidas sobre ele que o inserem em uma biopolítica voltada para a produção do rendimento individual essencial ao bom funcionamento da nova organização social (FOUCAULT, 2004). A Clínica responde, então, à necessidade de produção de sujeitos assujeitados, produtivos e dóceis. Inclui para normalizar e disciplinar. Gerencia a vida daquele que, por sua condição de ‘corrigível’, não é deixado à morte. Opera, portanto, uma produção subjetiva marcada pela dominação e opressão.

Por outro lado, o Consultório na Rua, especificamente, nasce da emergência referente ao a(bando)no da população em situação de rua à própria morte pela sua relação de exceção perante a universalidade normativamente reconhecida do SUS. É fruto, também, da reivindicação de seus direitos pela população em situação de rua. É expressão do reconhecimento, ainda que parcial, desta não mais como mero *homo biologicus*, mas como *zoon politicon* e, portanto, facultado acesso à *polis*, lugar do “mais que apenas viver” (FREITAG apud ESCOREL, 1999). Sua constituição responde, então, ao menos potencialmente, à urgência da constituição da população de rua como sujeitos de direitos. Esta dupla inscrição é constituinte do Consultório na Rua. A questão que surge é se um cuidado que se pretende emancipatório, vez que é voltado à promoção da autonomia e à construção de sujeitos de direitos, é capaz de sê-lo se reproduzir a inclusão condicionada pela disciplina. O modo como este opera a articulação entre os elementos heterogêneos que o compõe é que irá determinar se operará em nome da reprodução social ou se, ao contrário, instituirá novos modos de subjetivação instituintes e emancipatórias.

Em uma organização social estruturalmente marcada pela inclusão reduzida à díade tanato-biopolítica, quais práticas são capazes de realizar utopias emancipatórias? Foi, então, pela articulação entre denúncia e anúncio que busquei cartografar as linhas que atravessam e constituem as práticas profissionais, bem como os modos de subjetivação engendrados por

estas. Para tal, busquei denunciar, as situações-limite, isto é, as práticas que operam forças instituídas que perpetuam o a(bando)no, a opressão e a disciplina. Busquei, também, identificar as práticas que anunciam emancipação, que operam forças instituintes, que traçam linhas de fuga em direção à utopia sonhada. Identificar àquelas práticas que contém em si a capacidade de fazer florescer a semente do sonho possível constitui um esforço para refletir sobre o funcionamento do Consultório na Rua no sentido de auxiliar a desempenhar seu papel ético-político-clínico de dispositivo capaz de agenciar modos de produção subjetiva emancipatórios, inéditos-viáveis.

Foi na (com)vivência do cotidiano institucional que pude identificar a perpetuação de forças tanatopolíticas e biopolíticas que atravessam e arrastam o Consultório na Rua para a repetição daquilo que busca combater. O Consultório na Rua constitui-se e assume a função político-social de derrubar as barreiras de acesso que impedem a vinculação da população em situação de rua à rede de saúde e, de forma mais ampla, aos bens materiais e imateriais necessários para uma vida digna (FLORES, 2009). São tais barreiras que delimitam a população em situação de rua como *homo sacer*, vida matável, que demarcam a “linha que assinala o ponto em que a decisão sobre a vida torna-se decisão sobre a morte, e a biopolítica pode converter-se em tanatopolítica” (AGAMBEN, 2002, p. 119). Na medida em que ocupa a função de “porta voz” das demandas da população em situação de rua, de fazê-la ser vista e ouvida onde ela por si só é impedida de acessar, a inclusão pela via do a(bando)no e da exceção, que marca a população em situação de rua, é estendida à própria equipe do Consultório na Rua. A equipe trava, portanto, cotidianamente a batalha de prover cuidado diante de condições que lhe negam os meios para tal.

A falta do carro desempenha importante papel nesse sentido, visto que, ao impedir o trabalho no território, para qual o Consultório na Rua é pensado, e reduzir o âmbito do cuidado a um estabelecimento físico, desenha a linha divisória entre os que vivem e os deixados à própria morte. Apenas aqueles disciplinados suficientemente para ter algum tipo de vinculação institucional, isto é, aqueles ainda ‘corrigíveis’, são incluídos. Opera-se, desta forma, a tanatopolítica. Desempenha-se o papel do soberano que decide acerca dos que vivem e dos que morrem ao desenhar a linha que demarca a exceção. Perpetua-se, desse modo, a relação de bando. Perante as situações-limite impostas, contudo, urge sua superação. Tal superação, contudo, exige uma criticidade que, por sua vez, implica necessariamente a ação transformadora através da qual se desenvolve. Implica não adaptar-se aos limites, mas desafiá-los. É reconhecer sua responsabilidade histórica e, diante das barreiras impostas, assumir a luta pela construção de inéditos-viáveis.

Mediante o reconhecimento da responsabilidade de criar condições de vinculação, de ser ponte e não barreira, impõe-se a necessidade de optar por desenhos de cuidado que não reproduzem a relação de abandono. Assim, furtar-se de realizar o matriciamento - previsto normativamente como atribuição do Consultório na Rua – isto é, de criar condições para que esta população seja atendida, de que esta não dependa exclusivamente do Consultório na Rua tendo, assim, sua autonomia inviabilizada, para focar apenas no atendimento por demanda espontânea evidencia uma organização que, ao contrário de trabalhar na promoção e prevenção pelo combate à distribuição desigual da precariedade (BUTLER, 2015), atua somente no sintoma social. Nega a própria condição para a efetivação dos direitos compreendidos como “os processos institucionais e sociais que possibilitam a abertura e consolidação de espaços de luta pela dignidade humana” (FLORES, 2009, p. 19). Ao restringir a possibilidade de cuidado ao Consultório na Rua, propaga, ainda, o mecanismo de dominação e marginalização em que o Outro só é tolerado em espaços segregados (FANON, 2010). Longe da vista de todos, inviabiliza inaugurar a função traumática da intersubjetividade (COELHO & FIGUEIREDO, 2004) capaz de interpelação que conduza à responsabilidade no lugar da indiferença que impera. Pela participação na perpetuação da exclusão da população em situação de rua dos espaços de sociabilidade e interlocução torna-se cúmplice na preservação da ordem instituída. Acaba, também, por impedir o próprio desenvolvimento da autonomia, compreendida como a ampliação das relações e dispositivos dos quais se depende.

Romper com o modelo que exclui, ou que inclui apenas pela via da disciplina, exige a disponibilização de estratégias de cuidado diversificadas que no lugar de impor uma adequação, se faça “sob medida” de maneira a ter incidência sobre a vida de quem se pretende cuidar. Demanda, portanto, uma organização permeável às forças instituintes, sensível às demandas e desejos dos usuários não mais reduzidos a objetos de intervenção mas reconhecidos como sujeitos. O que pude (com)vivenciar foi, contudo, a institucionalização do cuidado na forma do predomínio de um desenho único de cuidado, do atendimento individual realizado pelo profissional considerado adequado para a demanda. Os dispositivos clássicos de cuidado, limitados ao consultório e balizados por um modo de organização do tempo e do espaço em que se individualiza “dessocializando” e “despolitizando” as demandas (LOBOSQUE, 2001) são incompatíveis com uma perspectiva emancipatória-desinstitucionalizante. Tal organização mecânica, tecnicista e burocratizada inviabiliza a experiência como significativa da prática. E revela, ainda, uma lógica que determina que os usuários se adaptem às ofertas disponíveis inculcando, assim, uma passividade.

A justaposição entre a vida itinerante vivida na rua e o cuidado entre quatro paredes não é mero acaso. Revela uma manipulação do tempo e espaço que caracterizam as “instituições de sequestro” (FOUCAULT, 2009) que retiram os indivíduos do convívio social reduzindo-os à meros *homo biologicus*. No lugar da interdisciplinaridade prevista, resta apenas a disciplina. Dissociado de sua experiência, tornado objeto de saber, opera a iatrogênese social e estrutural (ILLICH, 1975) que desincentiva o protagonismo do sujeito. A individualização institucionalizada é alienante, pois que inviabiliza o desenvolvimento da criticidade possibilitada pela partilha e troca de experiências que oportunizam sua articulação num marco social capaz de informar a ação política (SABOTTKA, 2015). Tal organização do tempo e espaço engendra uma relação verticalizada em que, no lugar do diálogo, prosperam os informes e as práticas bancárias. Modula e delimita os espaços em que o subalterno pode falar. Reduzidos ao âmbito da individualidade, ceifa-se sua potência política. Cria, também, uma assimetria verticalizada voltada não para preservar o sujeito cuidado, mas para preservar o cuidador que, ‘protegido’ do âmbito da relação e da alteridade, tem seu saber e autoridade inquestionados.

Uma tal organização do cuidado, para além de não propiciar as condições necessárias à construção do sujeito de direitos e à emancipação, por sua desvinculação com as dimensões ética e política, vê sua dimensão clínica – aquela a qual o cuidado é reduzido numa perspectiva biomédica e técnica – prejudicada. O predomínio desproporcional de um único desenho de cuidado, não importa quão potente seja esse, não é capaz de contemplar todas as mais diversas e singulares demandas. A naturalização de determinadas disposições como naturais e universais (SOUZA, 2009), descoladas de sua gênese social, impede a compreensão de que a palavra e a simbolização nem sempre vêm fácil. Que nem sempre é possível organizar um incômodo ou sofrimento em demanda, o que exige uma disposição para essa construção conjunta de modo a não transformar diferença em desigualdade e perpetuar o a(bando)no.

Agamben (2005) compreende o conceito de dispositivo a partir de sua positividade, como “máquina que produz subjetivações” (AGAMBEN, 2005, p. 15) e só enquanto tal como máquina de governo. A reflexão que se impõe é: que tipo de subjetividades uma tal organização é capaz de produzir? São estas práticas condizentes com a utopia que se pretende criar, com os sonhos que se deseja realizar? O autor defende, ainda, que na atual fase do capitalismo os dispositivos operam por processos de dessubjetivação. A produção de subjetividades assujeitadas, configura-se, nessa perspectiva como uma dessubjetivação. Nesse sentido, a negação das condições necessárias à construção de sujeito de direitos configura-se

como uma dessubjetivação. Contra esta, Agamben (2005) propõe a profanação dos dispositivos, uma rearticulação capaz de incidir nos processos de subjetivação. A questão então é: que práticas são capazes de agenciar uma tal profanação?

Indo na contramão de grande parte das teorias modernas sobre a justiça, Sen (2011), no lugar da busca ‘por uma sociedade justa’ ou ‘instituições ideais’, volta-se para a questão: como pode a justiça ser promovida? Opta por priorizar a eliminação da injustiça cotidiana. Volta o foco para as realizações possíveis, para a importância de prevenir as injustiças claramente remediáveis manifestas no mundo e sobre as quais temos a possibilidade de intervir. Na dialética instituído-instituinte, a particularidade surge como anúncio do possível, como inédito viável.

Esse “inédito-viável” é, pois, em última instância, algo que o sonho utópico sabe que existe mas que só será conseguido pela práxis libertadora [...] é na realidade uma coisa inédita, ainda não claramente conhecida e vivida, mas sonhada e quando se torna um “percebido destacado” pelos que pensam utopicamente, esses sabem, então, que o problema não é mais um sonho, que ele pode se tornar realidade (FREIRE, 1992, p.206).

Assim, foi (com)vivenciando práticas balizadas pela com-vivência, por esta práxis libertadora, até então não claramente conhecida e vivida, mas sonhada, que o com-viver passou de instrumento de pesquisa para o próprio cerne da pesquisa, como a práxis emancipatória que busca identificar e compreender. Com-vivenciar o futebol tornou-se um “percebido destacado” que evidenciou os resultados terapêuticos, políticos e sociais que surgem de espaços a princípio não clínicos. Apontou para uma organização inédita, mas viável, capaz de jogar com os jogos de poder, de agenciar novas possibilidades no lugar de repetir sempre o mesmo. O coletivo - que para não ser mero ajuntamento, precisa dizer respeito a esse Outro, o que, por sua vez, implica criar condições para que esta alteridade se faça ver e ouvir – produz um campo horizontal de forças e identificações que conduzem à invenção, à novas subjetividades e novos modos de ser e estar no mundo (ESCOSSIA & KASTRUP, 2010). Inicia a mudança que se sonha na própria relação entre profissional e usuário. Gesta novas formas de sociabilidade, calcadas na dialogicidade, que, por essa (com)vivência pedagógica, permite continuar sonhando novas organizações sociais informadas por tal sociabilidade. Nesse sentido, a com-vivência torna-se estratégia de produção subjetiva e política a partir das relações e intercâmbios que enseja.

Mas para que o coletivo não funcione apenas como simulacro da realidade social, e o

Consultório na Rua como gueto que mascara os processos de marginalização e exclusão, é preciso que tais construções coletivas ultrapassem os muros, que a relação entre usuários e equipe possa ser estendida à comunidade pela ocupação progressiva de espaços que extrapolam os espaços segregados nos quais são tolerados. É pela possibilidade dos encontros que agencia que se torna possível que a população em situação de rua seja vista para além da máscara do estereótipo que lhe é imputada. É tal encontro que permite desestabilizar os quadros que produzem a vida como vida matável ou, no máximo, vida vivível apenas mediante interdição. E foi isso que o futebol fez: extrapolou os muros, promoveu encontros e, a partir deles, novas formas de sociabilidade, novos modos de estar na cidade.

O futebol, como atividade que encarna a com-vivência, no lugar da compartimentalização e redução do potencial clínico, por sua articulação com as dimensões ética e política do cuidado, multiplica. Insere a espontaneidade na relação de cuidado, a redução de danos no lazer, o lazer na saúde, o diálogo e as relações democráticas no jogar, a saúde no espaço público. No lugar das relações de poder rígidas e verticalizadas ilustradas pelo prescrever-obedecer, surge diálogo, conflito, reconhecimento e solidariedade. É espaço de produção de novas associações e sociabilidades, de afirmação diferencial que enquanto tal resiste às formas de homogeneização do *socius* pela abertura de processos heterogênicos que afirmam novos modos de ser e estar no mundo (GALLETTI, 2013). É cuidado que se volta para a produção de vida e sentido. Criado “sob medida”, surge do escutar o Outro, de considerar suas necessidades para, ao invés de obrigar a uma adaptação e subordinação, desinstitucionalizar, criar condições para o devir. Como atividade que coloca em prática o com-viver, cria um desenho ético, porque aberto à alteridade, porque não condiciona o cuidar a certa capacidade de articular verbalmente uma demanda; político, porque cria condições de inclusão que não pela exceção e pela disciplina, porque engendra a possibilidade de se relacionar de outra forma com a cidade; clínico, porque disponibiliza diferentes vias de vinculação e simbolização, porque passa do a(bando)no para o acolhimento, porque articula promoção e prevenção em saúde e redução de danos, porque cria possibilidades de subjetivação para além da exclusão e da disciplina. Cria, assim, espaço para sonho.

A potência terapêutica do futebol surge não da atividade em si, mas da postura que a orienta. De abrir espaço em mim para o Outro e fazer desse Outro significativo da prática. De criar cuidado sob a medida da necessidade do Outro, de modo que possa, de fato, ter incidência sobre a vida. É um estar com diferenciado, que não parte de um *a priori*, de ideais estáticos e limitados, mas que tem como horizonte o possível, o criativo e o instituinte. Foi,

então, esta (com) vivência que fez o com-viver surgir como “percebido destacado”. Para além do futebol, outros momentos serviram também de analisadores que evidenciaram essa forma de estar com, de com-viver. O acompanhamento que empresta psiquismo e prestígio social para derrubar as barreiras de acesso de modo a garantir o cuidado necessário praticando, assim, a integralidade pela articulação entre a inclusão social e habilitação da sociedade para o convívio (RESENDE, 2015). O cuidado que não impõe condições para o cuidar, que não impõe ao Outro tornar-se Mesmo, que, abre mão da onipotência do próprio conhecimento e da técnica (FIGUEIREDO, 2011) para criar condições de interlocução, fazendo, assim, a passagem do a(bando)no para o acolhimento, que é sempre e necessariamente singular.

O cuidado se dá sempre em relação ao Outro e com outros. A condição inerentemente precária da vida faz com que esta esteja sempre, em alguma medida, nas mãos dos outros (BUTLER, 2015). Assim que estar com e fazer junto permite “colocar-se na mesma paisagem” (OURY, 1989), partilhar das situações que fogem do cotidiano existencial de modo a interpelar e impingir uma responsabilização perante o sofrimento do outro. Cuidar, nessa perspectiva, deixa de ser reduzido à reabilitação e passa a remeter ao conjunto de instituições e dispositivos que participam da manutenção dos processos de exclusão social que afetam sobremaneira o adoecimento e saúde desta população. Cuidar, atuar sobre a distribuição desigual da precariedade, implica derrubar as barreiras que criam as zonas de exceção na qual estas vidas são a(bando)nadas pela ampliação de sua rede de cuidados. É criar condições para a construção da autonomia e do sujeito de direitos. Implica, também, criar condições de interlocução com esse outro que exerce diariamente a decisão soberana de deixar à própria morte. É fazer circular no tecido social os impasses suscitados pelo convívio, porque só se pode ensinar a com-viver com-vivendo. É tornar essa alteridade presente onde ela não é capaz de adentrar sozinha, mas de maneira que o falar sobre volta-se para a criação de condições de “falar com” para que não recaia em colonialismo. É agir de modo a instituir “processos institucionais e sociais que possibilitam a abertura e a consolidação de espaços de luta pela dignidade” (FLORES, 2009, p. 13).

Reconhecer que o cuidado se constrói com e para o Outro, implica sempre a abertura ao outro, cuja experiência radicalmente distinta oportuniza um descentramento da própria experiência. É permitir-se sair da zona de conforto e se expor, compartilhar experiências cotidianas de maneira a produzir um campo horizontal, simultaneamente de identificação e de diferenciação, que permite refletir criticamente acerca de si e, assim, multiplar as experiências e vivências e criar possibilidades antes inimagináveis. “Ensinar e aprender são, assim,

momentos de um processo maior – o de conhecer, que implica reconhecer” (FREIRE, 2003, p. 47). E reconhecer só é possível pela novidade que o Outro enseja. É produzir encontro em que o outro, em um movimento especular e pelo confronto entre ‘a maneira que se faz’ com as outras muitas maneiras possíveis viabiliza o questionar-se acerca do próprio fazer. É permitir-se enxergar a própria incompletude e insuficiência para que possa ser interpelado a fazer e refazer a prática na busca incessante por diminuir a lacuna entre aquilo que se pretende promover e aquilo que se faz. É denunciar a própria prática para, assim, possibilitar o anúncio de uma práxis.

A (com)vivência do campo e dessas diferentes atividades, o experimentar as situações-limite, bem como àquelas com potencial instituinte capazes de lhes transpor e anunciar os sonhos possíveis apontou a com-vivência como práxis. Práxis porque articula ação transformadora calcada na utopia que se sonha, que, enquanto ato criativo, oportuniza a criticidade e a reflexividade. Uma das potencialidades da com-vivência concretiza-se *a posteriori*, na reflexão que propicia, pela abertura à alteridade, sobre o que se faz e as consequências deste fazer para o sujeito. Pela articulação entre querer, refletir e agir o com-viver oportuniza transformar prática em práxis. O conceito de práxis freireano é inspirado no materialismo dialético como proposta que pretendia ir além da interpretação do mundo, para transformá-lo (MARX, 2013). Isto é, como proposta que articula denúncia e anúncio para realizar sua utopia. É, portanto, da perspectiva marxiana que Freire toma o conceito de práxis, reconceitua-o de acordo com a prática educativa, e que aqui utilizo para pensar as práticas de cuidado. Na perspectiva marxiana, a práxis é uma categoria central da filosofia que integra a interpretação do mundo e sua transformação, referindo-se a uma atividade material do homem social. Tal atividade, própria do homem, não se reduz a uma expressão exterior – ela faz parte da atividade da consciência que orienta a atividade de acordo com finalidades idealizadas conscientemente (VÁZQUEZ, 1977). É, portanto, prática orientada pelo sonho.

A atividade voltada para objetivos demanda uma atividade cognoscitiva. É o enlace entre atividade da consciência e atividade sobre o real, isto é, entre reflexão e prática, que promove a afirmação da práxis. A prática não fala por si só de modo que exige uma relação reflexiva consigo mesma de modo a ser compreendida. A relação entre teoria e prática na práxis não é, contudo, de identidade, mas de complementaridade, de maneira que a reflexividade serve à prática na medida em que antecipa idealmente a prática propiciando, assim, uma prática ainda não objetivada (VÁZQUEZ, 1977). Um inédito-viável. É essa capacidade de formular mentalmente uma ação futura, essa aposta contrafática, que constitui a

consciência crítica. É na e pela práxis que o homem transforma seu meio e se autotransforma. E tal transformação, como ensina Freire, é sonho comungado, sonho que se sonha junto, pois

Se pretendemos a libertação dos homens não podemos começar por aliená-los ou mantê-los alienados. A libertação autêntica, que é a humanização em processo, não é uma coisa que se deposita nos homens. Não é uma palavra a mais, oca, mitificante. É práxis, que implica a ação e reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo (FREIRE, 1987, p. 76).

Assim, a com-vivência não é mero conviver, mas um estar com orientado por determinada postura e atitude, balizada por uma “presença em reserva” (FIGUEIREDO, 2007), por uma horizontalidade assimétrica. Isto é, por um estar com não saturado pela presença de quem cuida (RESENDE, 2015), pela não imposição de condições para o cuidado, de modo a criar espaço para esse Outro, de tal sorte que é, necessariamente, dialógica e democrática. O cuidado orientado pela com-vivência constitui-se como ato transformador que transforma as relações institucionalizadas, disciplinarizantes e excludentes, em relações emancipatórias. E ainda, a vivência de formas outras de sociabilidade constitui uma experiência pedagógica de caráter formativo, tanto para os profissionais quanto para os usuários, que pela inclusão e participação destes nas trocas sociais a partir de um lugar de protagonismo, vivenciada na relação entre a equipe e usuários, alimenta o sonho de estender esta mudança para todas as relações sociais. Com-viver articula a dimensão do cuidado à inclusão social e à habilitação da sociedade para o com-vívio (VALENTINI, 2001) de maneira que o sonho de romper com o a(bando)no e substituí-lo pelo cuidado começa, então, na própria prática tornada práxis. É prática utópica orientada pela própria utopia. É sua organização como campo horizontal de trocas autênticas que viabiliza o desenvolvimento da criticidade, da consciência necessária para romper com o determinismo fatalista e apostar na possibilidade de transformação. Configura-se, portanto, como ponto de criatividade, de mutação e de resistência capaz de profanar os dispositivos clínicos clássicos quanto à sua produção de subjetividades sujeitadas pela produção de subjetividades emancipatórias, pela construção do sujeito de direitos. Constitui-se como inédito-viável que materializa o sonho almejado (FREITAS, 2005).

O estar com de maneira não alienada e não alienante, viabiliza o desenvolvimento da criticidade que se desenvolve na ação criativa. A criticidade é construída na relação com o Outro, em comunhão. Requer, portanto, que dialogicidade substitua informes, que a autoridade do argumento tome o lugar do argumento da autoridade (DEMO, 2005), que a

inclusão seja alteritária ao invés de condicionada à disciplina. É pela mediatização do mundo que os seres se educam mutuamente (FREIRE, 1979). É então na e pela relação que se desencadeia o processo de conscientização, de aprender a ler a realidade, de compartilhar, multiplicar e articular as diferentes experiências de sofrimento e reivindicações individuais às condições sociais que interferem sobremaneira nas violações e violências que sofrem e os fazem sofrer (SABOTTKA, 2015). É pela própria (com)vivência de relações balizadas pela abertura ao Outro, pelo diálogo, pela justiça de participação que configura-se como (com)vivência pedagógica, como práxis que educa em e para direitos humanos. Assim, (com)vivenciar essa forma de cuidar, pela dimensão alteritária e instituinte que lhe caracterizam, permite agir, refletir sobre e requalificar o agir, transformando a prática em práxis. Possibilita, por esse processo dialético entre o com-viver e o refletir, diminuir a lacuna entre aquilo que se pretende promover e as consequências da própria prática (RESENDE, 2015).

Na luta contra a tanato-necro-biopolítica, Achille Mbembe (2011) descreve uma tripla dimensão que compreende: destruir o que destrói, o que transforma em coisa, em vida matável; acolher o sofrimento do ser humano mutilado, daqueles condenados à abjeção; e, por último, cuidar dos que, sobrevivendo ao poder, foram violados, feridos e/ou enlouquecidos. A com-vivência é práxis capaz de incidir nesta tridimensionalidade. Ao criar condições para outras sociabilidades, para uma inclusão que não pela exceção e pela disciplina, destrói aquilo que deshumaniza. Ao não reduzir o Outro ao Mesmo, isto é, ao não impor condições ao cuidado, acolhe o sofrimento. Ao acolher a alteridade e debruçar-se sobre este Outro e construir o cuidado artesanalmente na medida de suas necessidades e desejos, cuida. É precisamente a articulação entre ética, política e clínica que a com-vivência realiza que possibilita que esta configure-se verdadeiramente como práxis que transforma àquilo que se visa combater.

A com-vivência como ato criativo articula as dimensões ética, política e clínica do cuidado em um enlace emancipatório. É ética porque se abre à alteridade, porque deixa ser, porque ousa ver além dos estereótipos, porque no lugar de reduzir o Outro ao Mesmo, a objeto, enxerga o sujeito que deve ser respeitado e acolhe os confrontos inerentes ao encontro entre sujeitos (RESENDE, 2015); é ética porque encarna a posição, por vezes discreta, de prestar atenção ao outro, na medida de sua necessidade (BASAGLIA, 2005). Em suma, porque não condiciona o cuidado a qualquer forma de ser, mas assume sua responsabilidade perante a vida do Outro. É política porque rompe com a exclusão e atua na construção de

possibilidades outras de inclusão que não pela via da exceção e da disciplina, porque incide sobre as causas da distribuição desigual da precariedade e sobre os quadros que delimitam as vidas matáveis. É clínica porque incide sobre o cotidiano, porque se constitui como enquadre constante para a reconstrução, porque pela vivência ressignificativa abre espaço de produção de si, de ser e de existência sem exigências de adaptação (RESENDE, 2015). É esta articulação que permite um cuidar emancipatório que constitui a com-vivência como um inédito-viável capaz de realizar sonhos possíveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, T. HORKHEIMER, M. O Conceito de Iluminismo (Max Horkheimer e Teodor Adorno). *Teoria tradicional e teoria crítica/ Filosofia e teoria crítica* (Max Horkheimer). In BENJAMIN, W., HORKHEIMER, M., ADORNO, T., HABERMAS, J. **Textos Escolhidos**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1983.

ADORNO, T. W, HORKHEIMER, M. **A dialética do esclarecimento**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.

_____. **Teoria estética**. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

AGAMBEN, G. **Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua**. Trad. Henrique Burigo, Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

_____. **Estado de Exceção**. Trad. Iraci D. Poleti, São Paulo: Boitempo Editorial, 2004.

_____. *O que é um dispositivo?* **Outra travessia**, Florianópolis, n. 5, p. 9-16, jan 2005.

ALCOFF, L. *The Problem of Speaking for Others*. **Cultural Critique**, no 20. University of Minnesota Press, pp. 5-32, 1991-1992.

ALLEN, A. *Recognizing Domination: Recognition and Power in Honneth's Critical Theory*. **Journal of Power**, 3(1), 2010, pp. 21-32.

ALMA-ATA. *Alma Ata*. 1978. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm. Acesso em: 09 nov. 2015.

ALMEIDA FILHO, N. de. JUCÁ, V. *Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse*. **Ciência e Saúde coletiva**, 7(4), 2002, pp. 879-889.

ALMEIDA FILHO, N. de. & ANDRADE, R. F. S. *Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde*. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

ALVES, R.O. **Os Inéditos-Viáveis na e da Formação Continuada de Professores que Ensinam Matemática nos Anos Iniciais da Educação de Jovens e Adultos**. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília, Faculdade de Educação, Brasília, 2016.

AMARANTE, P. D. de C.; TORRE, E. H. G. *A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil*. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 58, p. 26-34, mai/ago 2001.

ARENDT, H. **Eichmann em Jerusalém**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

_____. **Responsabilidade e julgamento**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1998.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

_____. **A instituição negada**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BAUMAN, Z. (1998). **Globalização - As Conseqüências Humanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

BENTHAM, J. *O panoptico ou a casa de inspeção*. In: SILVA, T.T. (Org.). **O Panóptico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

BOFF, L. **Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2011.

BEDRIKOW, R. **Dor crônica em mulheres: uma reflexão sobre a clínica**. Dissertação (Mestrado). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2008.

BERNADINO COSTA, A. *Introdução, O Direito Achado na Rua: uma Ideia em Movimento*. In: BERNADINO COSTA, A. et al. (orgs.) **O Direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde**. Brasília: CEAD UnB, 2009.

BERTOLLI FILHO, C. **A história da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2001.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

BOHM, D. **Diálogo: comunicação e redes de convivência**. São Paulo: Palas Athena, 2005.

BOTO, C. *A civilização escolar como projeto político e pedagógico da modernidade: cultura em classes, por escrito*. **Cad. Cedes**, Campinas, v. 23, n. 61, p. 378-397, dezembro 2003.

BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero Limitada, 1983.

_____. **O poder simbólico**. Lisboa: Difel, 1989.

_____. **Réponses: pour une anthropologie réflexive**. Paris: Le Seuil, 1992.

_____. *Esboço de uma teoria da prática*. In: ORTIZ, Renato (org.). **Pierre Bourdieu: sociologia**. São Paulo: Ática (coleção: Grandes Cientistas Sociais), 1994.

_____. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. São Paulo: Papris, 1996.

_____. **Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. **Escritos de educação**. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. **O senso prático**. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

_____. **A distinção– crítica social do julgamento**. Porto Alegre, Editora Zouk, 2015.

BRASIL. **Constituição**. Brasília. DF: Senado, 2014.

BRASIL. **Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF.

BRASIL. **Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Retirado de <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em: 02 de abril. 2018.

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2008)**. *Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, SAGTT/MDS. Retirado de <[http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/Metodologia_e_conceitos_POP_RUA.p df](http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/Metodologia_e_conceitos_POP_RUA.pdf)> . Acesso em: 02 de abril. 2018.

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2009)**. *Serviço Especializado em Abordagem Social*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, s.d. Retirado de <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaoespecial/mediacomplexidade/perguntas-e-respostas/arquivos/servico-especializado-em-abordagem-social.pdf>>. Acesso em: 02 de abril. 2018.

BRASIL. **Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão**. Secretaria de Orçamento Federal. *Orçamento Cidadão: Projeto de Lei Orçamentária Anual 2018*. Retirado de: << <http://www.planejamento.gov.br> >> Acesso em: 04 de abril. 2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Anais)

BRASIL. **Ministério da Saúde**. *Portaria no 2.488*, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Retirado de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 02 de abril. 2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. *Portaria no 3.088*, de 23 de dezembro de 2011, Institui a rede de atenção Psicossocial para pessoas sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Retirado de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 02 de abril. 2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília: Ministério da Saúde. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2012a.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria no 122, de 25 de janeiro de 2012, define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial da União*, Brasília, 22 jan. 2012b, p.46. Retirado de <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=46&data=26/01/2012>. Acesso em: 02 de abril. 2018.

BRESSIANI, N. *Redistribuição e Reconhecimento. Nancy Fraser entre Jürgen Habermas e Axel Honneth*. **Cadernos CRH**, 24(62), pp. 331-352, 2011.

_____. **Crítica e Poder? Crítica Social e Diagnóstico de Patologias em Axel Honneth**. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, Departamento de Filosofia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, São Paulo, 2015. 2015.

BUTLER, J. **Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CANDAU, V.; SACAVINO, S. *Educação em Direitos humanos: concepções e metodologias*. In: FERREIRA, Lúcia de Fátima Guerra; ZENAIDE, Maria de Nazaré Tavares; DIAS, Adelaide Alves. (Org). **Direitos humanos na educação superior: subsídios para a educação em Direitos humanos na Pedagogia**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2010.

CANDAU, V. *Diferenças culturais, interculturalidade e educação em direitos humanos*. **Educação e Sociedade**. Campinas, v. 33, n. 118, p. 235 – 250, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v33n118/v33n118a15.pdf>

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CAPONI, S. *A saúde como abertura ao risco*. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CARBONARI, P.C. *Sujeito de direitos humanos: questões abertas em construção*. In: SILVEIRA, Rosa G. Et al. **Educação em Direitos Humanos: fundamentos teóricos-metodológicos**. João Pessoa: Ed. Universitária da UFPB, 2010.

_____. *Por que educação em direitos humanos? Bases para a ação político-pedagógica*. In: RODINO, Ana; TOSE, Giuseppe; FERNANDEZ, Mônica; ZENAIDE, Maria Nazaré (orgs). **Cultura e educação em direitos humanos na América Latina**. João Pessoa: UFPB, 2014, P. 165 – 180.

CARMO, M.E. GUIZARDI, F.L. *O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social*. **Cadernos de Saúde Pública**, 34(3):e00101417, 2018.

CARNEIRO, S. **A Construção do outro como não ser como fundamento do ser**. Tese (doutorado) em Educação. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2015.

CARTA DE BANGKOK PARA A PROMOÇÃO EM UM MUNDO GLOBALIZADO. *Bangkok*. 2005. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2015.

CARVALHO, J. M. de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

CASTEL, R. *Da indigência à exclusão, à desfiliação*. In: A. LANCETTI (org.) **Saúde e loucura**. São Paulo: Huitec, 2004.

COELHO, N. E. FIGUEIREDO, L.C. *Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade*. **Interações**, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 1-10, jun 2004.

COIMBRA, C. M. B.; LOBO, L. F.; NASCIMENTO, M. L. (2008). *Por uma invenção ética para os Direitos Humanos*. **Psicologia Clínica**, 20(2), 89-102. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652008000200007>

COSTA, E. A. COIMBRA, C.M. *Nem criadores, nem criaturas: éramos todos devires na produção de diferentes saberes*. **Psicol. Soc.** Vol. 20. No.1. Porto Alegre. Jan./Apr. 2008.

CRENSHAW, L. *Mapping the Margins: Interseccionalidade, Identity Politics and Violence Against Women of Color*. In: M. A. Finemann & R. Mykitiuk. **The Public Nature of Private Violence**, pp. 93 – 118. New York: Routledge, 1994.

DALLARI, S. *O Direito à Saúde*. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57- 63, 1988.

DARDOT.P. LAVAL, C. **A nova razão do mundo: Ensaio sobre a sociedade neoliberal**. Tradução de Mariana Echalar. Rio de Janeiro: Boitempo, 2016.

DE LUCCA, D. **A rua em movimento: experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

DIATKINE, R; QUARTIER-FRINGS, F; ANDREOLI, A. **Psicose e mudança**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.

DELEUZE, G. *Post-scriptum sobre as sociedades de controle*. In: **Conversações**. Tradução Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed., 34, 1992.

_____. **O que é um dispositivo?** Disponível em:<<http://vsites.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/art14.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2005.

DELION, P. **Psychose toujours**. Paris: Editions du Scarabée, 1984.

DEMO, P. **Política social, educação e cidadania**. Campinas: Papirus, 2001.

_____. **Éticas multiculturais: sobre convivência humana possível**. Petrópolis, Vozes, 2005.

_____. **Pobreza política. A pobreza mais intensa da pobreza brasileira.** Campinas, Armazém do Ipê (Autores Associados), 2006.

DERRIDA, J. *Violência e metafísica: ensaios sobre o pensamento de Emmanuel Lévinas.* In DERRIDA, Jacques. **A escritura e a diferença.** São Paulo: Perspectiva, 2009, p. 111-223. (Obra original publicada em 1967).

DODIER, N. BARBOT, J. *A força dos dispositivos.* **Sociedade e Estado**, vol. 32, núm. 2, maio-agosto, 2017, pp. 487 – 518. Universidade de Brasília, Brasil.

DREYFUS, L. RABINOW, P. **Michel Foucault: Uma trajetória filosófica, para além do estruturalismo e da hermenêutica.** 2ª Edição Revista. Tradução Vera Portocarrero e Gilda Gomes Carneiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

DUARTE, R. **Teoria crítica da indústria cultural.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.

DUARTE, S. *Literatura de auto-ajuda: prática contemporânea de subjetivação.* In: **SEMINÁRIO DE PESQUISAS EM ANÁLISE DO DISCURSO**, 3., Uberlândia. Anais... Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2008.

ESCOLANO BENITO, A. *La investigación historico-educativa y la formación de profesores.* **Revista de Ciências de la Educación.** no. 157, 1994, p. 55-69.

ESCRIVÃO FILHO, A; SOUSA JUNIOR, J. G. **Para um debate teórico-conceitual e político sobre os Direitos Humanos.** Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2016.

EZPELETA, J. ROCKWELL, E. **Pesquisa participante.** São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1986.

FANON, F. **Pele Negra, Máscaras Brancas.** Salvador, Edufba, 2008.

_____. **Os condenados da Terra.** Juíz de Fora. Editura Ufjf, 2010.

FIGUEIREDO, L.C. *A metapsicologia do cuidado.* **Psychê**, São Paulo, n. 21, p. 13-30, 2007.

FISCHER, R. M. B. *A Análise do Discurso: para além de palavras e coisas.* **Educação & Realidade**, v.20, n.2, p.18-37, jul.-dez. 1995.

_____. *Foucault e a análise do discurso em educação.* **Cadernos de Pesquisa.** Rio de Janeiro, n. 114, p. 197-223, 2001.

_____. *Foucault revoluciona a pesquisa em educação?* **Perspectiva.** Florianópolis, v. 21, n. 2, 2003, p. 371-389.

FLORES, J. H. **A (re)invenção dos direitos humanos.** Tradução de: Carlos Roberto Diogo Garcia; Antônio Henrica Graciano Suxberger; Jefferson Aparecido Dias. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber.** Trad. M.T. C. Albuquerque e J. A G. Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1977b.

- _____. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.
- _____. *O nascimento da medicina social*. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982a.
- _____. *O nascimento do hospital*. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982b.
- _____. **Microfísica do Poder**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. **História da Sexualidade – A Vontade de Saber**, Vol. I, Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- _____. **História da sexualidade – O cuidado de si**, Vol. III 5 ed., Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- _____. (org.) **Foucault: a critical reader**. New York: Basil Blackwell, 1986.
- _____. **O Que é um autor?** Lisboa: Vega/Passagens, 1992a.
- _____. *O sujeito e o poder*. In: Hubert L. Dreyfus e Paul Rabinow. **Michel Foucault: Uma trajetória filosófica, para além do estruturalismo e da hermenêutica**. 2ª Edição Revista. Tradução Vera Portocarrero e Gilda Gomes Carneiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995a.
- _____. **Arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. (era 1995b)
- _____. **A ordem do discurso**. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Loyola, 1996.
- _____. *A sociedade disciplinar em crise*. In: Motta, Manoel Barros da (Org.) **Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber**. Org. Manoel Barros da Motta. Tradução Vera Lúcia A. Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- _____. **Naissance de la biopolitique**, Paris: Gallimard – Seuil, 2004a.
- _____. *A ética do cuidado de si como prática*. In: MOTTA, Manoel Barros da (Org.). **Ditos e escritos V: Ética, sexualidade, política**. Tradução de Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b.
- _____. **A hermenêutica do sujeito**. Tradução de Márcio Alves Fonseca e Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2004c.
- _____. **História da loucura: na idade clássica**; tradução José Teixeira Coelho Neto. 8º ed. São Paulo: perspectiva, 2005a.
- _____. **Em Defesa da Sociedade**. Curso no Collège de France, 1975-1976. São Paulo: Martins Fontes, 2005b.

_____. *A “Governamentabilidade”*. In: **Estratégia, poder-saber: ditos e escritos**, vol. IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

_____. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.

_____. **A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970**. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola, 2012.

FRANGELLA, S. M. **Corpos errantes urbanos: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo**. São Paulo: Annablume, Fapesp, 2009.

FRASER, N. *Da Redistribuição ao Reconhecimento? Dilemas da Justiça na Era Pós-Socialista*. In: J. Souza, **Democracia Hoje. Novos Desafios para a Teoria Democrática Contemporânea** (pp. 245-282). Brasília: UNB, 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Pedagogia da autonomia: Saberes Necessários à prática educativa**. Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

_____. **Pedagogia dos Sonhos Possíveis**. São Paulo: UNESP, 2001.

_____. **Pedagogia da Tolerância**. São Paulo: UNESP, 2005.

_____. **Conscientização: Teoria e prática da libertação: Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3ª ed.; São Paulo: Centauro, 2006.

_____. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009.

FREITAS, A. L. S. **Pedagogia do Inédito-viável: contribuições de Paulo Freire para fortalecer o potencial emancipatório das relações ensinar-aprender-pesquisar**. V *Colóquio Internacional Paulo Freire*. Recife, 19-22 setembro, 2005.

FREUD, S. **A Interpretação dos Sonhos**. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 4 e 5.

FRIDMAN, L.C. **Globalização e refugio humano**. Lua Nova, n. 46 São Paulo, 1999.

GALLARDO, H. **Teoria crítica: matriz e possibilidades de direitos humanos**. São Paulo: UNESP, 2014.

GALLETTI, M. C. *Os Centros de Convivência e Cooperativas – Cecco em São Paulo: uma*

política inclusiva de construção de redes territoriais. In MATEUS, Mário Dinis. **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental do CAPS Luiz R. Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013, p. 161-168.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. 2. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

_____. **Relaciones en público. Microestudios del orden público**. Madrid: Alianza Editorial, 1979.

_____. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

_____. **Os quadros da experiência social: uma perspectiva de análise**. Petrópolis: Ed. Vozes. 2012.

GONZÁLEZ REY, F. *A configuração subjetiva dos processos psíquicos: avançando na compreensão da aprendizagem como produção subjetiva*. In: **Ensino e Aprendizagem: a subjetividade em foco**. Organizadoras: MITJÁNS MARTINÉZ, Albertina; SCOZ, Beatriz Judite Lima; CASTANHO, Marisa Irene Siqueira. Brasília: Liber Livros, 2012.

GOULART, D. **Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental**. Dissertação. (Mestrado em Educação). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Educação, Brasília, 2013.

GRIGOLO, T, M. **“O CAPS me deu voz, me deu escuta”**. Um estudos das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva de trabalhadores e usuários. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Brasília, 2010.

GROUSFOGUEL, R. *A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI*. **Revista Sociedade e Estado** – Voume 31, no 1. Janeiro/Abril, 2016.

GUATTARI, F. **Caosmose: Um novo paradigma estético**. (Ana Lúcia de Oliveira & Lúcia Cláudia, Trad.). São Paulo:34, 1992.

GUATTARI, F. ROLNIK, S. **Micropolítica: Cartografias do Desejo**. 6a ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

GUTIERREZ, P. R. & OBERDIEK, H. I. *Concepções sobre a saúde e a doença*. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A. & CORDONI JUNIOR, L. (Orgs.) **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

HILÁRIO, L.C. *Da biopolítica à necropolítica: variações foucaultianas na periferia do capitalismo*. **Sapere aude**. Belo Horizonte, v. 7 – n. 12, p. 194 – 210, Jan./Jul. 2016.

HORKHEIMER, M. **Temas básicos da sociologia**. São Paulo:Cultrix, 1973.

_____. *Teoria Tradicional e Teoria Crítica*. In: **Coleção Os pensadores**. São Paulo: Editora Abril, 1975.

ILLICH, I. **A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

JARES, Xesús R. *As bases teóricas da educação para a paz*. In: JARES, Xesús R. **Educar para a Paz em Tempos Difíceis**. São Paulo: Palas Athena, 2007.

KINOSHITA, R.B. *Contratualidade e reabilitação social*. In: A. PITTA (Org.) **Reabilitação social no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.

KOHAN, W.O. **Infância. Entre Educação e Filosofia**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

LACAN, J. *O estádio do espelho como formador da função do eu*. In: J. Lacan, **Escritos**. (V. Ribeiro, trad.; pp. 96-103). Rio de Janeiro: Zahar, 1998. (Original publicado em 1966).

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

LAPLANCHE, J. PONTALIS, J. B. *Identificação*. In: **Vocabulário da psicanálise** (P. Tamen, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Texto original publicado em 1967), 1991, 11ª ed., p. 226-230.

LARROSA, J. **Linguagem e educação depois de Babel**. Belo Horizonte, Minas Gerais: Autêntica, 2004.

LEAL, E.M.; DELGADO, P.G.G. *Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização*. In: PINHERIO, R. et al. (eds.) **Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007, p. 137-154.

LÉVINAS, E. **Entre nós. Ensaio sobre a alteridade**. 5 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010. (Obra original publicada em 1982).

_____. *Diálogo sobre o pensar-no-outro*. In: LÉVINAS, Emmanuel. **Entre nós. Ensaio sobre a alteridade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010, p. 241-248.

LINS, D. (2001). *Sujeitos e devires: O corpo-drogado*. In D. Lins (Ed.), **Nietzsche e Deleuze: Pensamento nômade**. Rio de Janeiro, RJ: Relume Dumará.

LOBOSQUE, A.M. **Princípios para uma Clínica Antimanicomial**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LOURAU, R. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1993.

_____. **Analista Institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

LONDERO, M.F.P.; CECCIM, R.B.; BILIBIO, L.F.S. *Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde*. **Interface: Comunicação, saúde e educação**. DOI:

10.1590/1807-57622013.0738, 2013.

LUCZINSKI, G.F. ANCONA-LOPEZ, M. *A psicologia fenomenológica e a filosofia de Buber: o encontro na clínica*. **Estudos de Psicologia**. Campinas, 27(1), 2010, p. 75-82.

LUGONES, M. **Pilgrimages/Peregrinajes: Tehorizing Coalitions Against Multiple Oppressions**. Oxford, Rowman & Littlefield Publishers, 2003.

MACHADO, M. P. **As práticas de cuidado produzidas pelas equipes de Consultório na Rua no Distrito Federal: características e desafios**. Dissertação (Mestrado). Escola Fiocruz de Governo. Fiocruz, Brasília, 2017.

MAGENDZO, A. *La educación en derechos humanos y la justicia social en educación*. In: RODINO, Ana M.; TOSI, Giuseppe; FERNENDEZ, Mônica B.; ZENAIDE, Nazaré (Orgs.) **Cultura e Educação em Direitos Humanos na América Latina**. João Pessoa: Ed. Universitária da UFPB, 2014.

MAGNI, C. T. **Nomadismo urbano: uma etnografia sobre moradores de rua em Porto Alegre**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.

MARINGONI, G. O destino dos negros após a abolição. *Revista de informações e debates do Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada (IPEA)*, edição 70, 2011.

MARX, K. **As teses sobre Fauerbach**. Acessado em 15 de maio de 2018.

MARAZINA, I. *As fronteiras do terapêutico no trabalho da rede pública*. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (Orgs.). **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: EDUC, 1997, p. 167-175.

MATTOS, R.M. FERREIRA, R. F. *Quem vocês pensam que (elas) são? – representações sobre pessoas em situação de rua*. **Psicologia & Sociedade**. 16(2), p. 47 – 58, maio/ago., 2004.

MBEMBE, A. **Políticas da inimizade**. Lisboa: Antígona, 2017.

_____. **Necropolítica**. São Paulo, sp: n-1 edições, 2018.

MEAD, G. H. *Mind, Self, and society*. Chicago: The University of Chicago Press, 1934.

_____. **Espiritu, persona y sociedad**. Ciudad de México : Paidós, 1993.

MERHY, E.E. *Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo technoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde)*. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

MERHY, E. E. FRANCO, T. B. *Por uma com-posição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional*. **Saúde em Debate** (Rio de Janeiro), 7(65), 2003, pp. 316-323.

MELLO, T. **Política dos “improváveis”:** percursos do engajamento militante no **Movimento Nacional da População de Rua**. Tese (Doutorado). Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Programa de Pós-Graduação em Antropologia (PPGA). Niterói, 2017.

MIGUEL, L. F. *Mecanismos de Exclusão Política e os Limites da Democracia Liberal: uma conversa com Poulantzas, Offe e Bourdieu*. **Revista Novos Estudos** 98, Março, 2014.

MINH-HA, T. **Woman, Nativa, Other: Writing Postcoloniality and feminism**. Bloomington: Indiana UP, 1989.

MITJÁNS MARTINEZ, A. *O outro e sua significação para a criatividade: implicações educacionais*. In: MITJÁNS MARTINEZ, A.; SIMÃO, L. M. **O outro no desenvolvimento humano**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2004. p. 77-99.

_____. *Aprendizagem criativa: uma aprendizagem diferente*. In: **Ensino e Aprendizagem: a subjetividade em foco**. Organizadoras: MITJÁNS MARTINÉZ, Albertina; SCOZ, Beatriz Judite Lima; CASTANHO, Marisa Irene Siqueira. Brasília: Liber Livros, 2012.

MITJÁNS MARTINÉZ, A; GONZÁLEZ REY, F. *O subjetivo e o operacional na aprendizagem*. In: **Ensino e Aprendizagem: a subjetividade em foco**. Organizadoras: MITJÁNS MARTINÉZ, Albertina; SCOZ, Beatriz Judite Lima; CASTANHO, Marisa Irene Siqueira. Brasília: Liber Livros, 2012.

MORIN, E. **Introdução ao Pensamento Complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2006.

MOSHER, L. HENDRIX, V. **Soteria: through madness to deliverance**. USA: Xlibris Corporation, 2004.

MOTTA, F.C.P. **O que é burocracia**. São Paulo: Brasiliense, 2000.

MUNANGA, K. *As ambigüidades do racismo à brasileira*. In: Kom, N. M., Silva, M. L., & Abud, C. C. **O racismo e o negro no Brasil** (pp. 33-44). São Paulo, SP: Perspectiva, 2017.

MUÑOZ-SÁNCHEZ, A.I. BERTOLOZZI, M.R. *Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?* **Ciênc Saúde Coletiva**, 2017, 12(2), p. 319-324.

MUSSE, L.B. **Novos sujeitos de direito: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

NASCIMENTO, A. **O genocídio do Negro Brasileiro: Processo de um racismo mascarado**. São Paulo: Perspectiva, 2017.

NUNES, E. D. **Saúde Coletiva: Histórias e Paradigmas**. São Paulo: Fiocruz, 1998.

OLIVEIRA, G.M. **No descomeço era o verbo: um convite a Manoel de Barros para a roda de conversa**. Tese (Mestrado). Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Brasília, 2015.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Protocolo adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais: Protocolo de San Salvador**. Assinado na Assembléia Geral da ONU, 18.o Período Ordinário de Sessões. El Salvador, 1988.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **Proyecto revisado del plan de acción para la primera etapa (2005- 2007) del Programa Mundial para la Educación en Derechos Humanos**. 2005.

ORTIZ, R. (Org.). **Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ática. (Coleção Grandes Cientistas Sociais), 1983.

OURY, J. **Création et schizophrénie**. Paris: Galilée, 1989.

PACHECO DE OLIVEIRA, J. *Pluralizando tradições etnográficas: sobre um certo mal-estar na Antropologia*. **Cadernos do LEME**, Campina Grande, vol. N1, p. 2-27, Jan/jul., 2009.

PAIM, J. S. ALMEIDA FILHO, N. de. **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PASSOS, E. KASTRUP, V. ESCÓSSIA, L. (Orgs). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sullina, 2012.

PAULON, S.M. ROMAGNOLI, R.C. *Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos*. **Estudos e pesquisa em psicologia**, UERJ, RJ, ano 10 n.1, p.85 - 102, 1o quadrimestre de 2010.

PECHÚ, C. *Quand les “exclus” passent à l’action. La mobilisation des mal-logés*. **Politix**, vol. 9, n 34, Dexième trimestre, p. 114-133, 1996.

PEREIRA, F.H. **Desdobramentos da Adesão do Governo do Distrito Federal à Política Nacional para a População em Situação de Rua**. Dissertação. (Mestrado em Política Social). Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Política Social, 2016.

PIERUCCI, A. F. **Ciladas da diferença**. São Paulo: Universidade de São Paulo/Curso de Pós-Graduação em Sociologia: Editora 34, 1999.

PIRES, M. R. G. M. **Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a gestão de políticas de saúde: Conhecer para Cuidar melhor, Cuidar para Confrontar, Cuidar para Emancipar**. 2004. 247f. Tese (Doutorado em Política Social). Universidade de Brasília, Programa de Pós-graduação em Política Social), Brasília, 2004.

PITIÁ, A. C. de A. **Acompanhamento terapêutico: a construção de uma estratégia clínica**. São Paulo: Vetor, 2005.

PRADO FILHO, K. TETI, M.M. **A cartografia como método para as ciências humanas e sociais**. *Barboroi* n. 38, Santa Cruz do Sul, jun. 2013.

QUIJANO, A. *Colonialidade do poder e classificação social*. In: SANTOS, Boaventura, MENESES, Maria P. (Orgs.). **Epistemologias do sul**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 84-130.

RABAÇA, S.R. **Variantes críticas: a dialética do esclarecimento e o legado da escola de Frankfurt**. São Paulo: Annablume, 2004. Disponível em: <http://books.google.com/books?id=dTJOAZmrbfIC&pg=PA13&dq=dial%C3%A9tica+esclarecimento+cr%C3%ADtica&hl=pt-BR&ei=rVTTr7Iei20AHx9_DtBQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=dial%C3%A9tica%20esclarecimento%20cr%C3%ADtica&f=false>. Acesso em: 18 de abril, de 2018.

RESENDE, T.I.M. **Eis-me aqui: A convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental**. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Brasília, 2015.

ROCHA, E. E. **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária**, Belo Horizonte, 12 a 15 de setembro de 2004.

ROCHA, C. V. *Ideias dispersas sobre o significado de Políticas Sociais*. In: Stengel, M. et al. (Org). **Políticas públicas de apoio sociofamiliar**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, p. 7-42, 2001.

ROLNIK, S. *Clínica nômade*. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (Orgs.). **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: EDUC, 1997, p. 83-100.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O de; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

ROSSI, A. PASSOS, E. *Análise Institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil*. **Rev. Epos** vol. 5 no.1. Rio de Janeiro jun. 2014.

ROUANET, S. P. et al. **O homem e o discurso**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

ROUSSILLON, R. *Cadres et dispositifs*. In MATOT, Jean-Paul; ROUSSILLON, René (Orgs.). **La psychanalyse: une remise en jeu**. Paris: PUF, 2010, p. 171-185.

RÜDIGER, F. **Introdução à Teoria da Comunicação: problemas, correntes e autores**. 2.ed. São Paulo: Edicon, 2004.

RÜDIGER, F. *A Escola de Frankfurt*. In: HOHLFELDT, Antonio; MARTINO, Luiz C.; FRANÇA, Vera Veiga. **Teorias da Comunicação: conceitos, escolas e tendências**. 8. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

RUI, T. **Nas tramas do crack: etnografia da abjeção**. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

SALLES, P. **História da medicina no Brasil**. Belo Horizonte, Ed.G. Holman, 1971. p. 141-161.

SANCHEZ RUBIO, D. **Encantos e Desencantos dos Direitos Humanos: de emancipações,**

libertações e Dominações. Tradução Ivone Fernandes Morchilho Lixa. Porto Alegre, Livraria do Advogado Editora, 2014.

SANTOS, B.S. **A Gramática do Tempo.** São Paulo: Cortez, 2008.

SCARCELLI, I.R. **Entre o hospício e a cidade: dilemas no campo da saúde mental.** São Paulo: Zagadoni, 2011.

SEMINOTTI, N. CARDOSO, C. *As configurações vinculares no pequeno grupo potencializando e/ou limitando seu processo.* **Vínculo** v. 4. São Paulo dez. 2007.

SOUSA, E.L. A. VERONESE, L.G. *Burocracia: a política da indiferença.* **Revista Polis e Psique.** Vol. 6, no. 2. Porto Alegre, jul. 2016.

SOUSA JUNIOR, J. G. (org.) **O Direito Achado na Rua: concepção e prática.** Rio de Janeiro: Lumem Juris, 2015.

SILVA, A. M. M. TAVARES, C. *Educação em direitos humanos no Brasil: contexto, processo de desenvolvimento, conquistas e limites.* **Educação,** Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 50-58, jan/abr. 2013.

SOBOTTKA, E.A. *Desrespeito e luta por reconhecimento.* **Civitas,** Porto Alegre, v. 15, n. 4, p. 686 – 702, out-dez. 2015.

SOUZA, J. A. **Ralé Brasileira: quem é e como vive.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

SCLIAR, M. *História do Conceito de Saúde.* **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 17(1): 29-41, 2007.

SOLIVEIRA, R. M. G. *Educação em/para os direitos humanos.* In: SILVEIRA, Rosa G. et al. **Educação em direitos humanos: fundamentos teóricos-metodológicos.** João Pessoa: Ed. Universitária da UFPB, 2010.

SPIVAKI, G.C. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

STOFFELS, M.G. **Os Mendigos na cidade de São Paulo: ensaio de interpretação sociológica.** Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1977.

TEIXEIRA, A. SALLA, F. MARINHO, M.G. *Vadiagem e Prisões correcionais em São Paulo: Mecanismos de Controle no Firmamento da República.* **Estudos Históricos.** Rio de Janeiro, vol 29. N 58, p. 381-400, maio-agosto, 2016.

TENÓRIO, F. **Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TOSTA, L.R.O. SILVA, T.B.F. *Dois nômades e inúmeras rotas: cartografias de um processo de acompanhamento terapêutico.* **Revista da SPAGESP,** 17(1), 2016, pp. 80-95.

TUNES, E (Org.). **O fio tenso que une a psicologia à educação.** Brasília: UniCEUB, 2013.

VALENTINI, W. *Nenhum ser humano será bonsai*. Em HARRARI, Angela; VALENTINI, Willians. **A reforma psiquiátrica no cotidiano** (Orgs.). São Paulo: Hucitec, 2001, p. 11-24.

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. São Paulo: Paulus, 2003.

VASCONCELOS, E. M. et al. **Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental**. 2ed. Rio de Janeiro-São Paulo: Hucitec, 2005.

VASCONCELOS, E.M. **Manual [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental**. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013.

VÁZQUEZ, A. **Filosofia da práxis**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

VIEIRA, Maria Antonieta da Costa; BEZERRA, Eneida Maria Ramos; ROSA, Cleisa Moreno Maffei. **População de rua: quem é, como vive, como é vista?** 3a ed. São Paulo: Editora Hucitec. 2004.

VIOLA, S. *Políticas de educação em direitos humanos*. In: SILVA, Aida; TAVARES, Celma. **Política e fundamentos da educação em direitos humanos**. São Paulo: Cortez, 2010. p.15-40.

WACQUANT, L. (Coord.) **El Misterio del Ministerio: Pierre Bourdieu y la política democrática**. Barcelona: Gedisa, 2005.

WILLIAMS, J. C. *The Politics of Homelessness: Shelter Now and Political Protest*. **Political Research Quarterly** Vol. 58, No. 3, 2005. pp. 497-509, 2005.

APÊNDICES

Apêndice A: Aceite Institucional

Aceite Institucional

O/A Sr./Sra. _____, gestor/a do/da Consultório na Rua do Plano Piloto, está de acordo com a realização da pesquisa “Inédito-viável no Consultório na Rua: a com-vivência como práxis de educação em e para direitos humanos” de responsabilidade do/da pesquisadora Rafaella Pinheiro Cesario de Mello Paiva Ferreira, estudante de mestrado do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares e Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Cidadania da Universidade de Brasília, realizada sob orientação de Lúcia Helena Cavasin Zabotto Pulino, após revisão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília.

O estudo envolve a realização da construção e implementação de um dispositivo de cuidado grupal, da observação participante da pesquisadora, do registro em diário de campo e da condução de entrevistas semiestruturadas com a equipe e usuários do serviço. A pesquisa terá a duração de 6 meses, com previsão de início em setembro/2018 e término em fevereiro/2019.

Eu, _____, gestor/a do Consultório na Rua Plano, declaro conhecer e cumprir as resoluções éticas brasileiras, em especial as Resoluções CNS 466/2012 e 510/2016. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Brasília, de _____ de 20 .

Nome do/a responsável pela instituição

Assinatura e carimbo do/da responsável
pela instituição

Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais do Consultório na Rua

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A com-vivência como práxis de Educação em e para Direitos Humanos no Consultório na Rua

Instituição: Universidade de Brasília

Pesquisador(a) responsável: Lúcia Helena Cavasin Zabotto Pulino

Pesquisador(a) assistente: Rafaella Pinheiro Cesario

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos realizando. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

- Compreender a percepção dos profissionais que atuam no Consultório na Rua acerca do papel deste.
- Compreender experiência de ser um profissional que atua no Consultório na Rua com relação ao atendimento e serviços ofertados.
- Você está sendo convidado a participar exatamente para que possa contribuir na produção de conhecimento sobre a vivência e práticas profissionais no contexto do Consultório na Rua.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em participar de uma entrevista semiestruturada, na qual serão coletadas informações sobre a sua vivência e atuação profissional no contexto do Consultório na Rua.
- Durante a pesquisa será pedido permissão para gravar as entrevistas a fim de facilitar a recuperação das informações coletadas. Apenas a pesquisadora e sua orientadora terão acesso ao material gravado garantindo, assim, sigilo e anonimato.

Riscos e benefícios

- Este estudo possui baixo riscos referentes a possibilidade de entrar em contato com vivências profissionais passadas possivelmente frustrantes.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento você não precisa realizá-lo. Você pode interrompê-lo a qualquer momento e/ou escolher não responder qualquer questão.
- Caso você venha a apresentar sofrimento gerado pelos procedimentos você terá direito a acompanhamento psicológico oferecido pela pesquisadora e sua orientadora.
- Sua participação tem o potencial de gerar benefícios diretos no sentido de qualificar as práticas de assistência no Consultório na Rua.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um(a) dos/das pesquisadores(as) responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- O material com as suas informações (gravações) ficará guardado sob a responsabilidade do(a) Lúcia Helena Cavasin Zabotto Pulino e Rafaella Pinheiro Cesario de Mello Paiva Ferreira com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade. Os dados e instrumentos utilizados ficarão arquivados com o(a) pesquisador(a) responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa nas Ciências Humanas e Sociais da Universidade Brasília – CEPIH/Universidade de Brasília, no Instituto Central de Ciências (ICC) – Centro – Mezanino – Departamento de Serviço Social, Sala B1 683. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Eu, _____ RG _____, após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília, _____ de _____ de _____

Participante

Lúcia Helena Cavasin Zabotto Pulino, celular xxxxx xxxx /xxxxxxxx@xxxxxx.com

Rafaella Pinheiro Cesario de Mello Paiva Ferreira, celular xxxxx xxxx /xxxxxxxx@xxxxxx.com

Endereço dos(as) responsável(is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade de Brasília, Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares, Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Cidadania

Endereço: ICC Central, Bloco B, Mezanino, sl 357/308, UnB – Brasília, DF, 70910-900 – Asa Norte, Brasília – DF

Bairro: Asa Norte

CEP: 70910-900

Cidade: Brasília, DF

Telefones p/contacto: (61) 99561 - 8393

Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os usuários do Consultório na Rua

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A com-vivência como práxis de Educação em e para Direitos Humanos no Consultório na Rua

Instituição: Universidade de Brasília

Pesquisador(a) responsável: Lúcia Helena Cavasin Zabotto Pulino

Pesquisador(a) assistente: Rafaella Pinheiro Cesario

Olá, você está sendo convidado(a) a participar de um projeto de pesquisa realizado por mim para entender como você percebe o Consultório na Rua, seu atendimento e as atividades oferecidas.

Este documento tem todas as informações que você precisa saber sobre essa pesquisa. Sua colaboração é muito importante pra gente porque vai permitir que a gente tenha a opinião dos usuários do serviço sobre o cuidado que está sendo ofertado, mas se você quiser desistir a qualquer momento, não tem problema, isso não vai te trazer nenhum prejuízo!

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se você quer participar da pesquisa, vamos ler juntos esse documento para que você possa tirar qualquer dúvida e compreender o que significa participar dessa pesquisa. Depois de ler, se quiser participar, você assinará duas cópias, uma ficará com você e outra comigo. Se você tiver qualquer dúvida, pode fazer perguntas sobre tudo o que não tiver entendido a qualquer momento antes, durante e depois da pesquisa!

Objetivo da pesquisa

- Quero entender como foi a sua experiência como usuário do Consultório na Rua.

Participar como?

- Para participar você precisa ter usado o serviço do Consultório na Rua ao menos três vezes, e, preferencialmente ter participado de alguma atividade coletiva no último semestre.
- Então participar envolve dois momentos: 1) ter participado de alguma atividade coletiva e 2) responder a algumas perguntas.
- Pra que eu possa lembrar direitinho de tudo que conversarmos, irei pedir sua permissão para gravar nossa entrevista. Não se preocupe, essas gravações são confidenciais. Só eu e minha orientadora vamos ter acesso a essas gravações e quando eu for escrever sobre a pesquisa vou usar outro nome para que ninguém possa te identificar.
- Se você não quiser responder uma pergunta ou quiser deixar de participar a qualquer momento, isso é um direito só! É só falar!

Riscos e benefícios

- Se participar dessa pesquisa fizer você sentir qualquer tipo de sofrimento, me avise! Você pode contar comigo e com minha orientadora para conversar com você e fazer um acompanhamento psicológico se você quiser.
- Sua participação é muito importante porque ela vai nos ajudar a entender como foi a experiência como usuário do Consultório na Rua. Isso vai nos ajudar a pensar em como oferecer o cuidado pra vocês.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Isso quer dizer que você não é obrigado a participar e que você pode desistir a qualquer momento, é só falar comigo.
- De acordo com as leis e normas do Brasil, eu não posso te dar nenhuma compensação financeira pela sua participação.

Confidencialidade

- Só eu e minha orientadora vamos ter acesso às suas gravações e ao que você falar.
- Os resultados desta pesquisa podem ser apresentados, mas na hora de divulgar a minha pesquisa seu nome será trocado para que você não seja identificado.

Se você tiver qualquer dúvida ou se você achar que eu não agi corretamente e de acordo com o que está nesse documento, você também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa nas Ciências Humanas e Sociais da Universidade Brasília – CEPIH/Universidade de Brasília. Ele fica no Instituto Central de Ciências (ICC) – Centro – Mezanino – Departamento de Serviço Social, Sala B1 683. Se você achar que eu não agi corretamente com você

Eu, _____ RG _____, depois de ler esse documento entendi o que significa participar nesta pesquisa e concordo em participar.

Este Termo de Consentimento tem duas cópias, uma cópia ficará comigo e a outra com você.

Brasília, ____ de ____ de ____

Participante

Lúcia Helena Cavasin Zabotto Pulino, celular xxxxx xxxx /xxxxxxx@xxxxxx.com

Rafaella Pinheiro Cesario de Mello Paiva Ferreira, celular xxxxx xxxx /xxxxxxx@xxxxxx.com

Endereço dos(as) responsável(is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade de Brasília, Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares, Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Cidadania

Endereço: ICC Central, Bloco B, Mezanino, sl 357/308, UnB – Brasília, DF, 70910-900 – Asa Norte, Brasília – DF

Bairro: Asa Norte CEP: 70910-900 Cidade: Brasília, DF

Telefones p/contato: (61) 99561 - 8393

Apêndice D: Roteiro de entrevista semiestruturada para os profissionais do Consultório na Rua

1. Para você, o que são direitos humanos? E o que é saúde?
2. Qual a relação dos direitos humanos e do Consultório na Rua? Qual é o papel do Consultório na Rua no contexto das políticas públicas?
3. Me fale sobre as potencialidades e as dificuldades com relação ao desempenho desse papel.
4. Como funciona o Consultório na Rua atualmente?
5. Vocês funcionam no mesmo espaço físico que o Centro POP, que é uma política da Assistência Social também voltada para as pessoas em situação de rua. Como isso afeta o funcionamento de vocês? Que facilidades isso proporciona? E que dificuldades?
6. Que conhecimentos teóricos e práticos você considera importante para sua atuação de modo a contribuir com esse papel do Consultório na Rua?
7. Na sua experiência, quais atividades e instrumentos são importantes para que o Consultório na Rua consiga desempenhar esse papel [relativo aos direitos humanos]?
8. Como você enxerga a relação entre educação e saúde?
9. Qual é sua percepção acerca de atividades coletivas/grupais?
10. Há serviços/atividades não desenvolvidas que você considera que são importantes e deveriam ser ofertados?
11. Qual a importância da intersetorialidade?
12. Quais são os parceiros do Consultório na Rua?
13. Com que parceiros seria importante uma relação próxima e quais as dificuldades para estabelecer essa relação?
14. Existe algum instrumento ou metodologia que vocês utilizam para refletir sobre e qualificar a atuação de vocês? Há indicadores que possibilitam avaliar o impacto das suas práticas?
15. Nesse meu tempo aqui, eu pude perceber que a equipe está vivenciando um momento particularmente difícil. O que você diria que contribuiu para isso?
16. O que você definiria como uma intervenção/um caso de sucesso?
17. O que você leva do Consultório na Rua para sua vida fora daqui?
18. Há mais alguma coisa que não tenha sido abordada e que você considera importante e gostaria de comentar?

Apêndice E: roteiro de entrevista semiestruturada para os usuários do Consultório na Rua

1. Qual é seu nome?
2. Me fale um pouco sobre você e sua vivência na rua.
3. Para você, o que são direitos humanos?
4. Para você, o que é saúde?
5. Como é sua relação com o sistema de saúde? Quais dispositivos você já utilizou? Como foram essas experiências?
6. Você frequenta o Consultório na Rua há quanto tempo?
7. O Consultório na Rua é diferente dos outros dispositivos de saúde? Se sim, como?
8. Qual a relação dos direitos humanos e do Consultório na Rua? Qual é o papel do Consultório na Rua?
9. Como funciona o atendimento do Consultório na Rua?
10. Quais serviços e atividades oferecidos pelo Consultório na Rua você já utilizou?
11. Quais que você considera que foram bons pra você? Por quê?
12. Quais que você acha que não te ajudaram em nada? Por quê?
13. Tem algum serviço/atividade que você acha que o Consultório na Rua não oferece mas que deveria oferecer? Qual?
14. Quais características você considera importante um profissional do Consultório na Rua ter? Por quê?
15. O Consultório na Rua já promoveu alguma mudança positiva na sua vida? O que você acha que contribuiu para isso?
16. Me fale sobre sua experiência na oficina de futebol/outras oficinas coletivas.
17. Como você percebe a relação destas atividades com os direitos humanos e a saúde?
18. O que você acha que poderia melhorar no serviço prestado? Por quê?
19. Quais dificuldades você acha que existem pra isso acontecer?
20. Tem alguma coisa que eu não perguntei, mas que você acha importante e gostaria de me falar?